

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

BILANCIO DI MISSIONE 2012

RENDICONTO 2011



Gruppo di lavoro

Coordinamento

Milva Fanti

Redazione dei capitoli

Presentazione e conclusioni:

Capitolo 1: Giuliano Silvi

Capitolo 2: Gianni Michieletti

Capitolo 3: Gianni Michieletti, Milva Fanti

Capitolo 4: Savino Iacoviello

Capitolo 5: Manuela Dradi

Capitolo 6: Barbara Curcio Rubertini, Francesca Bravi

Capitolo 7: Barbara Curcio Rubertini, Francesca Bravi

Indice

Introduzione del Direttore Generale	pag.	6
Capitolo 1 - Contesto di riferimento	pag.	8
1.1 Ambiente	pag.	9
1.2 Popolazione	pag.	10
1.3 Condizioni economiche	pag.	18
1.4 Osservazioni epidemiologiche	pag.	22
1.5 Stili di vita	pag.	33
1.6 Sicurezza	pag.	34
Capitolo 2 - Profilo aziendale	pag.	37
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	pag.	39
2.1.1 Sostenibilità economica	pag.	39
2.1.2 Compatibilità finanziaria	pag.	44
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	pag.	45
2.2 Impatto sul contesto territoriale	pag.	47
2.2.1 Impatto economico	pag.	47
2.2.2 Impatto sociale	pag.	50
2.2.3 Impatto culturale	pag.	50
2.2.4 Impatto ambientale	pag.	50
2.3 Livelli essenziali di assistenza	pag.	52
2.3.1 Informazioni di natura economica-finanziaria-patrimoniale	pag.	52
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	pag.	54
2.3.3 Assistenza distrettuale	pag.	62
2.3.4 Assistenza ospedaliera	pag.	82
2.3.5 Qualità dell'assistenza	pag.	92
2.4 Ricerca e didattica	pag.	99
2.5 Assetto organizzativo	pag.	100
Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	pag.	101
3.1 Obiettivi di programmazione di cui all'allegato B della DGR 732/2011	pag.	102
3.1.1 Rispetto dell'obiettivo economico-finanziario	pag.	102
3.1.2 Governo delle risorse umane	pag.	107
3.1.3 Governo della spesa farmaceutica	pag.	111
3.1.4 Politiche d'area vasta e politiche per l'acquisto di beni e servizi	pag.	112
3.1.5 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale	pag.	112
3.1.6 Piano investimenti	pag.	113
3.2 Aree strategiche di cui all'allegato C della DGR 732/2011	pag.	115
A. Dignità della persona	pag.	115
A. 1 Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito; miglioramento comprensibilità e chiarezza del linguaggio nella relazione operatore assistito e nella redazione di materiali informativi	pag.	115
A. 2 Migliorare la conoscenza e l'accesso al sistema dei servizi per le persone non autosufficienti	pag.	116
A. 3 Ampliare conoscenze e competenze delle persone che garantiscono cura e assistenza ai malati d'Alzheimer	pag.	116
A. 4 Reti cure palliative e terapia del dolore	pag.	117
A. 5 Uso di metodiche per il controllo del dolore nel travaglio di parto	pag.	118
B. Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure	pag.	119
B. 1 Aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio: raccomandazioni su organizzazione processi assistenziale in ospedale	pag.	119

B. 2	Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per gli utenti afferenti alle Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	pag.	122
B. 3	Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti, gestione appropriata delle liste di attesa per ricoveri programmati	pag.	127
B. 4	Progetto La prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari (Piano regionale della prevenzione 2010-2012)	pag.	134
B. 5	Prevenzione malattie croniche e fragilità: prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattia (patologie cardiovascolari, diabete), persone con disabilità, anziani	pag.	134
B. 6	Facilitazione dell'accesso ai servizi distrettuali: le Case della salute	pag.	136
B. 7	Modello organizzativo per lungodegenza	pag.	136
B. 8	Miglioramento della presa in carico di pazienti fragili, con particolare attenzione al passaggio da un ambito assistenziale a un altro e alla fornitura di presidi	pag.	137
B. 9	Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti - Rete Sole - e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito	pag.	138
B. 10	Collegamento sportelli sociali e altri sportelli di accesso ai servizi	pag.	139
B. 11	Rete delle farmacie oncologiche	pag.	140
B. 12	Appropriatezza prescrittiva	pag.	141
B. 13	Prevenzione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza	pag.	142
B. 14	Appropriatezza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio	pag.	142
B. 15	Prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto	pag.	143
B. 16	Interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa	pag.	144
B. 17	Monitoraggio dei dispositivi medici	pag.	145
B. 18	Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno anche nell'ambito sociale per adolescenti e giovani	pag.	145
B. 19	Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione (migranti, indigenti, richiedenti asilo, ex carcerati...)	pag.	148
B. 20	Attuazione Programmi Aziendali per la salute negli istituti penitenziari	pag.	149
B. 21	Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: miglioramento sistemi di sorveglianza e di diagnosi	pag.	150
B. 22	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	pag.	151
B. 23	Mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera	pag.	153
B. 24	Proseguimento dell'implementazione del programma Stroke Care	pag.	155
B. 25	Proseguimento dell'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia	pag.	157
B. 26	Garanzie verso i cittadini sottoposti a contenzione fisica presso gli SPDC regionali	pag.	157
B. 27	Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche (scompenso, diabete, ecc.)	pag.	158
B. 28	Monitoraggio dei pazienti con fratture di femore	pag.	159
B. 29	Donazione di organi e tessuti	pag.	159
B. 30	Identificazione potenziali donatori di organi e tessuti	pag.	159
B. 31	Donazione di cellule	pag.	160
C.	Valorizzazione ed empowerment degli operatori	pag.	160
C.1	Revisione delle funzioni e dell'organizzazione delle Unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) non sede di emodinamica	pag.	160

C.2	Implementare e sviluppare le attività di emergenza - urgenza secondo le indicazioni regionali	pag.	161
C.4	Accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento	pag.	161
C.5	Progetto carta del rischio cardiovascolare (Piano della prevenzione 2010-2012)	pag.	162
C.6	Unitarietà e omogeneità dei percorsi di cura delle persone con disabilità	pag.	162
C.7	Accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi sociosanitari	pag.	163
D. Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio		pag.	163
D.1	Ascolto e coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella prospettiva dell'empowerment	pag.	163
D.2	Promozione attività fisica e stili di vita salutari	pag.	165
D.3	Programmi di screening oncologici	pag.	166
D.4	Promozione sicurezza e salute	pag.	167
D.5	Le relazioni tra ambiente naturale, ambiente costruito e salute	pag.	169
D.6	Tutela della salute e del benessere degli animali e prevenzione delle malattie trasmissibili da animali a uomo	pag.	170
E. Sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi		pag.	170
E.1	Acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche; acquisizione di nuove tecnologie di minore impatto ma con rilevanti implicazioni cliniche e organizzative; iniziative di innovazione clinico organizzativa	pag.	170
E.2	Sviluppo delle attività di ricerca e innovazione	pag.	171
F. Sostenibilità monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari		pag.	171
F.1	Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie	pag.	171
Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione		pag.	172
4.1	La "carta di identità" del personale	pag.	173
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	pag.	180
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	pag.	181
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	pag.	181
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	pag.	184
4.6	Formazione	pag.	186
4.7	Sistema informativo del personale	pag.	188
4.8	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze	pag.	189
Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione		pag.	194
Capitolo 6 - Governo della ricerca e innovazione socio-sanitaria		pag.	200
Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale		pag.	208

Introduzione del Direttore Generale

Per l'Azienda di Ravenna, questa è la quinta edizione del Bilancio di Missione. Come ogni anno i collaboratori che hanno lavorato alla stesura del documento hanno seguito le indicazioni regionali articolando il documento nei sette capitoli previsti:

1. Contesto di riferimento
2. Profilo aziendale
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione
5. Sistema delle relazioni e strumenti di comunicazione
6. Ricerca e innovazione
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Ricordo che il documento è strutturato in modo da soddisfare in primo luogo le esigenze conoscitive della Regione Emilia-Romagna e delle Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, per permettere loro l'espletamento delle funzioni connesse con i rispettivi ruoli; nel contempo si è cercato però di non trascurare l'esigenza di fruibilità anche da parte di altri interlocutori (volontariato, associazioni sindacali, comitati consultivi, ecc.).

Al fine di rendere il documento più snello e di facile consultazione, lo sforzo è stato quello di portare a sintesi, quanto più possibile, le innumerevoli informazioni e dati che il documento, per rispondere alla sua finalità, necessariamente deve rendicontare.

Nel capitolo 1 "Contesto di Riferimento", secondo indicazioni regionali, trovano descrizione le caratteristiche e gli aspetti del territorio di questa Azienda che possono impattare sulle scelte programmatiche, o che possono influenzare l'andamento dei consumi dei servizi, e condizionare il perseguimento degli obiettivi. Per necessità di sintesi e per facilitare la lettura e interpretazione degli innumerevoli grafici e tabelle contenuti in questo capitolo, abbiamo scelto di focalizzare l'attenzione sulle principali variazioni eventualmente osservate nell'anno 2011, con riferimento all'inquinamento ambientale, al trend demografico e alla composizione della popolazione, alle condizioni socio-economiche, al quadro epidemiologico, agli stili di vita ed alla sicurezza.

Nel capitolo 2 "Profilo aziendale" trovano descrizione dati e informazioni volti a tratteggiare una sorta di carta d'identità dell'Azienda, sia sotto il profilo più strettamente economico-finanziario sia quali-quantitativo relativo all'attività istituzionale in termini di produzione di prestazioni/servizi. Trovano pertanto descrizione i risultati raggiunti e il livello di allineamento di questa Azienda rispetto ai **vincoli di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale** posti al suo agire istituzionale; ed inoltre:

- il **contributo e l'impatto** che l'Azienda sanitaria produce **sul territorio di riferimento in termini economici, sociali, culturali e ambientali**;
- i **risultati quali-quantitativi raggiunti** per ciascuno delle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (**assistenza collettiva, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale**);
- le principali attività avviate concernenti la **ricerca** e la **formazione**;
- l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Nel capitolo 3 "Obiettivi istituzionali e strategie aziendali" rendiamo conto del livello di perseguimento degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda per l'anno 2011.

Per evitare ridondanze e soprattutto per rendere conto in maniera compiuta dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, si è scelto di strutturare il capito 3 "Obiettivi istituzionali e strategie aziendali" del documento, coerentemente con le indicazioni programmatiche di cui alla D.G.R. 732/2011 "linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011".

Il capitolo 4 "Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione" delinea una sorta di "carta di identità" del personale oltre a rendere conto delle azioni realizzate per riconoscere, diffondere e arricchire il patrimonio di conoscenze e competenze, costituito e generato dalle persone che operano in questa Azienda.

Il capitolo 5 è finalizzato a illustrare gli interventi realizzati e le azioni intraprese dall'Azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione sia con i soggetti interni sia coi soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali) con particolare riferimento a :

- la comunicazione per l'accesso ai servizi;
- la comunicazione per le scelte di interesse della comunità;
- la comunicazione interna aziendale.

Il "capitolo 6" è dedicato alla trattazione di un'esperienza condotta nell'Azienda USL di Ravenna, nell'ambito dei Progetti CCM 2009; un altro piccolo passo verso il perseguimento dei cambiamenti auspicati dal nostro PSAL 2010-2012, per la "qualificazione" dei servizi verso una migliore e più efficace presa in carico delle persone con malattia cronica.

Infine, nel "capitolo 7", rendiamo conto dello stato di avanzamento dei lavori del "Laboratorio sull'organizzazione per programmi centrati sul destinatario". L'Azienda di Ravenna ha attivato, da giugno 2011, tre gruppi di programma, che si differenziano per ambiti di competenza:

- salute delle giovani generazioni,
- miglioramento della salute e del benessere mentale,
- cure integrate per le persone con esperienza di tumore.

L'obiettivo è quello di favorire lo sviluppo di modalità di lavoro in rete, secondo i principi della condivisione e della collaborazione in una logica intersettoriale e interdisciplinare.

Capitolo 1 - Contesto di riferimento



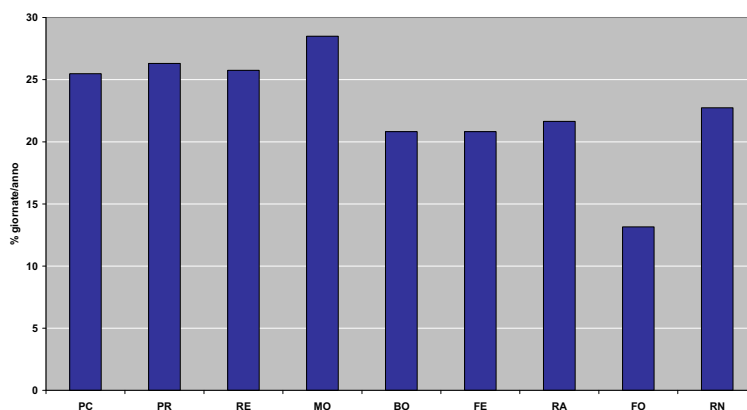
Premessa

Come anticipato nell'introduzione del Direttore Generale, per necessità di sintesi, in questo capitolo, abbiamo scelto di focalizzare l'attenzione sulle principali variazioni eventualmente osservate nell'anno 2011, con riferimento all'inquinamento ambientale, al trend demografico e alla composizione della popolazione, alle condizioni socio-economiche, al quadro epidemiologico, agli stili di vita ed alla sicurezza.

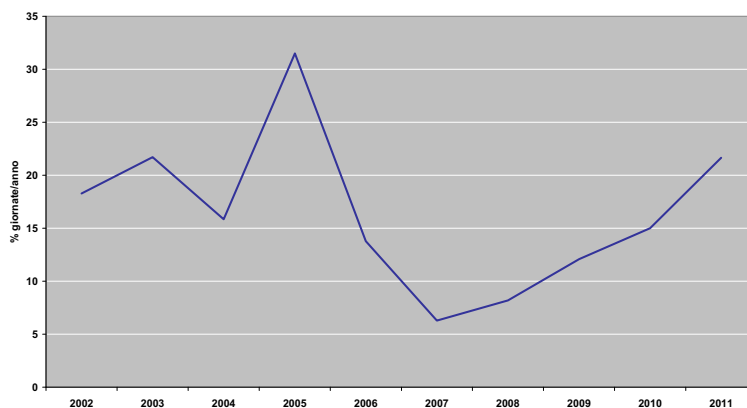
1.1 Ambiente

I dati sulle **polveri sospese in atmosfera** (monitorate come PM10) per la provincia di Ravenna mostrano una situazione piuttosto favorevole, se confrontata con il resto della regione: nel 2011 si è registrato, tuttavia, un incremento della percentuale di giornate/anno con superamento dei limiti di legge (limiti al 2005)

**Percentuale di giornate/anno con valori di concentrazione di PM10 superiore al limite di 50 ug/m3 (limite al 2005)
: Province Regione Emilia-Romagna, anno 2011**



Percentuale di giornate/anno con valori di concentrazione di PM 10 superiore al limite di 50 ug/m 3 (limite al 2005): trend per Ravenna 2002-2011



La quota percentuale di **rifiuto urbano** raccolto in modo differenziato in provincia di Ravenna super il 53%, valore al di sopra della media regionale e in costante crescita nell'ultimo decennio.

Produzione totale e pro capite di rifiuti urbani per provincia, Regione Emilia Romagna anno 2010

	Produzione di rifiuti urbani	Abitanti residenti	Produzione rifiuti urbani pro capite
	tonnellate	numero	Kg/abitante
Piacenza	195.356	289.887	674
Parma	267.842	442.070	606
Reggio Emilia	403.987	530.388	762
Modena	464.167	700.914	662
Bologna	584.644	991.998	589
Ferrara	261.828	359.994	727
Ravenna	320.472	392.458	817
Forlì-Cesena	321.739	395.486	814
Rimini	273.053	329.244	829
RER	3.093.089	4.432.439	698

Fonte: Elaborazione Arpa sui dati provenienti dai Rendiconti comunali. (Rapporto sui rifiuti Arpa, 2011)

Raccolta differenziata di rifiuti urbani per provincia, Regione Emilia-Romagna 2010

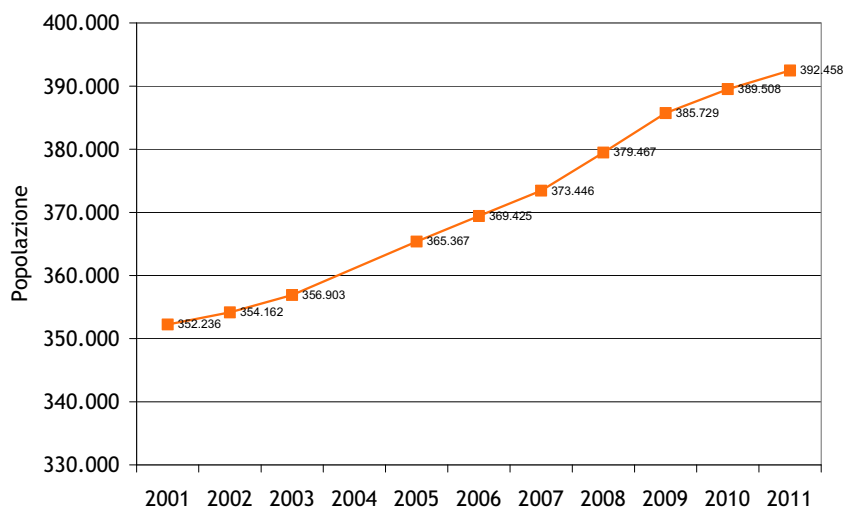
	Raccolta Differenziata	Raccolta Indifferenziata	Produzione totale di rifiuti urbani	Raccolta Differenziata	incremento % rispetto al 2009
	t/anno	t/anno	t/anno	% su RU prodotto	
Piacenza	105.734	89.622	195.356	54,1	2,7%
Parma	151.714	116.128	267.842	56,6	2,4%
Reggio Emilia	235.905	168.082	403.987	58,4	4,4%
Modena	241.737	222.430	464.167	52,1	1,2%
Bologna	237.984	346.661	584.644	40,7	1,5%
Ferrara	118.227	143.601	261.828	45,2	2,5%
Ravenna	171.728	148.745	320.472	53,6	3,6%
Forlì-Cesena	154.759	166.980	321.739	48,1	2,4%
Rimini	140.248	132.805	273.053	51,4	10,1%
RER	1.558.035	1.535.054	3.093.089	50,4	3,1%

Fonte: Elaborazione Arpa sui dati provenienti dai Rendiconti comunali. (Rapporto sui rifiuti Arpa, 2011)

1.2 Popolazione

La **popolazione residente** in provincia di Ravenna al 1/1/2011 ammonta a 392.458 persone, con un incremento di 2.950 unità rispetto all'anno precedente (+0,8%); la quota femminile è del 51%, ossia 202.029 residenti; in 4 comuni (Ravenna, Faenza, Lugo, Cervia) risiede il 71% dell'intera popolazione provinciale.

Trend popolazione residente in provincia di Ravenna. Valori assoluti



Tasso grezzo di natalità per AUSL di residenza. Anni 2001-2010

Aziende USL	Anno									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piacenza	7,5	8,1	8,0	8,3	8,3	8,6	8,7	8,7	9,2	8,5
Parma	8,4	8,4	8,5	9,1	9,0	9,1	9,5	9,6	9,6	9,6
Reggio Emilia	10,1	10,5	10,6	11,0	10,9	10,8	11,3	11,3	11,1	11,1
Modena	9,5	9,7	9,5	10,0	10,2	10,0	10,2	10,5	10,3	10,2
Bologna	8,4	8,7	8,5	9,0	8,8	9,2	9,1	9,0	9,4	8,7
Imola	8,7	8,9	9,2	9,3	9,3	9,4	9,6	9,8	9,3	9,8
Ferrara	6,2	6,6	6,8	7,2	7,1	7,4	7,5	8,0	7,9	7,9
Ravenna	8,0	8,4	8,5	8,6	8,6	9,1	9,3	9,7	9,4	9,0
Forlì	8,2	8,4	8,8	9,1	9,1	9,5	9,2	9,5	9,2	9,5
Cesena	8,7	9,1	8,9	9,8	9,2	9,6	9,6	9,8	9,8	9,7
Rimini	9,5	9,8	9,5	9,5	9,9	9,6	9,9	10,5	9,8	10,1
Regione Emilia-Romagna	8,6	8,9	8,8	9,3	9,2	9,4	9,5	9,7	9,7	9,5

Fonte: ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione residente, dati rielaborati dal Serv. Controllo strategico e statistica della Regione Emilia-Romagna

Variazione assoluta della popolazione residente per AUSL. Anni 2001-2011

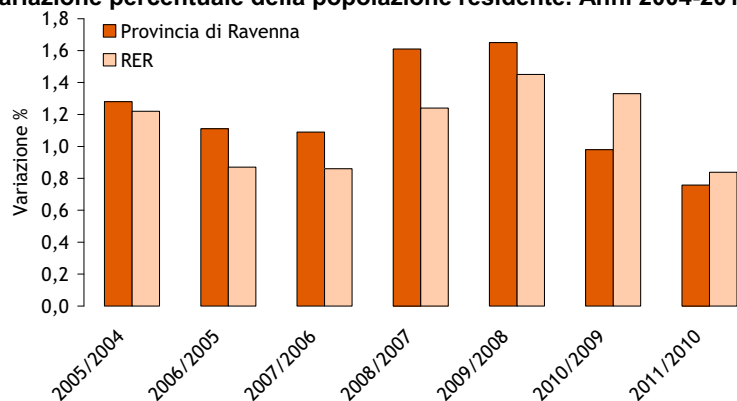
Aziende USL	Anno									
	2002/20	2003/20	2004/20	2005/20	2006/20	2007/20	2008/20	2009/20	2010/20	2011/20
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Piacenza	840	308	2.622	2.771	2.242	2.419	3.247	4.324	2.074	1.876
Parma	2.340	2.392	3.032	5.428	3.650	3.224	5.634	7.406	4.212	4.762
Reggio Emilia	6.860	5.694	8.982	9.427	7.349	7.219	8.619	9.332	5.817	5.091
Modena	6.690	4.974	7.631	7.938	5.414	4.827	7.573	10.614	6.294	6.334
Bologna	3.764	-87	6.393	7.889	4.283	4.277	7.732	10.072	6.736	6.718
Imola	1.062	1.109	894	1.283	1.034	809	1.651	2.033	1.435	939
Ferrara	-474	-258	756	2.195	1.686	1.841	2.505	2.170	987	1.028
Ravenna	1.926	2.741	3.847	4.617	4.058	4.021	6.021	6.262	3.779	2.950
Forlì	1.104	990	1.441	2.194	1.562	1.646	2.059	2.295	1.771	950
Cesena	1.658	1.837	2.845	2.574	1.836	1.677	2.994	2.678	2.540	2.206

Rimini		2.484	2.621	3.465	3.695	3.095	4.081	4.223	4.937	21.995	3.979
Regione Emilia-Romagna		28.254	22.321	41.908	50.011	36.209	36.041	52.258	62.123	57.640	36.833

Fonte: Elaborazione SISEPS - su dati forniti dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici

(*) Il trend di popolazione è ricostruito secondo l'assetto territoriale delle Aziende Usl previsto dalla L.R. 21 del 20/10/2003 . (comune di Medicina nell'Azienda Usl di Imola)

Variazione percentuale della popolazione residente. Anni 2004-2011



Popolazione residente nella Provincia di Ravenna 01.01.2011

Comune	Femmine	Maschi	Totale
Alfonsine	6.459	5.952	12.411
Bagnacavallo	8.612	8.053	16.665
Bagnara di Romagna	1.152	1.178	2.330
Brisighella	3.911	3.936	7.847
Casola Valsenio	1.355	1.406	2.761
Castel Bolognese	4.888	4.738	9.626
Cervia	15.290	13.890	29.180
Conselice	5.108	4.921	10.029
Cotignola	3.838	3.576	7.414
Faenza	29.993	28.157	58.150
Fusignano	4.277	4.167	8.444
Lugo	17.145	15.632	32.777
Massa Lombarda	5.462	5.238	10.700
Ravenna	81.659	77.080	158.739
Riolo Terme	2.939	2.873	5.812
Russi	6.226	6.060	12.286
Sant'Agata sul Santerno	1.447	1.402	2.849
Solarolo	2.268	2.170	4.438
Provincia di Ravenna	202.029	190.429	392.458
Distretto di Ravenna	53.500	50.119	103.619
Distretto di Lugo	45.354	43.280	88.634
Distretto di Faenza	103.175	97.030	200.205

Fonte: Regione Emilia-Romagna, statistica self service

È una popolazione che tende a invecchiare. Gli ultra 65enni sono circa un quarto della popolazione totale; in costante aumento la quota percentuale degli ultra 74enni (13% all'1/1/2011) e ultra 84enni (4%): si tratta di valori tra i più alti in regione.

Indice di invecchiamento ultra 65 anni per Azienda di residenza Anni 2001-2011

Aziende USL	Popolazione >=65 anni										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piacenza	24,1	24,2	24,4	24,3	24,4	24,5	24,5	24,3	24,1	23,9	23,8
Parma	22,9	23,0	23,0	23,1	23,1	23,2	23,2	23,0	22,7	22,5	22,3
Reggio Emilia	20,6	20,5	20,5	20,3	20,3	20,2	20,2	20,0	19,8	19,7	19,6
Modena	20,3	20,3	20,5	20,6	20,7	20,8	21,0	20,9	20,8	20,8	20,7
Bologna	23,2	23,3	23,5	23,6	23,8	24,0	24,1	24,0	23,8	23,8	23,6
Imola	22,1	22,2	22,3	22,5	22,7	22,9	22,9	22,7	22,5	22,3	22,2
Ferrara	24,4	24,6	24,9	25,1	25,3	25,5	25,6	25,5	25,5	25,5	25,3
Ravenna	23,7	23,9	24,0	24,1	24,3	24,4	24,3	24,1	23,8	23,7	23,6
Forlì	23,2	23,3	23,5	23,6	23,7	23,8	23,9	23,7	23,6	23,5	23,4
Cesena	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
Rimini	19,1	19,4	19,7	19,9	20,1	20,4	20,5	20,4	20,4	20,6	20,6
Regione Emilia-Romagna	22,2	22,2	22,4	22,5	22,6	22,7	22,8	22,6	22,5	22,4	22,3

Fonte – Regione Emilia Romagna, Statistica self service

Di particolare rilievo l'incremento degli ultra 74enni, aumentati di oltre il 25% nell'arco di un decennio (2000-2011); il fenomeno è di dimensioni maggiori nel distretto di Ravenna (superiore al 30% nello stesso periodo), più contenuto negli altri due distretti (circa il 20%) Stime regionali mostrano come fra 20 anni, circa 1 anziano su 3 avrà più di 80 anni (Rapporto sociale anziani. Seconda edizione aggiornamento 2009 – Regione Emilia Romagna).

Indice di invecchiamento ultra 75 per Azienda di residenza Anni 2001-2011

Aziende USL	Popolazione >=75 anni										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piacenza	11,5	11,8	12,0	12,0	12,1	12,3	12,4	12,4	12,3	12,4	12,5
Parma	11,3	11,5	11,6	11,6	11,7	11,8	11,8	11,8	11,7	11,6	11,7
Reggio Emilia	10,0	10,0	10,1	10,1	10,1	10,1	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2
Modena	9,5	9,7	9,9	10,0	10,1	10,3	10,4	10,5	10,5	10,6	10,8
Bologna	11,1	11,3	11,6	11,7	11,8	12,0	12,2	12,2	12,3	12,3	12,4
Imola	10,5	10,8	10,9	11,1	11,2	11,4	11,5	11,6	11,6	11,7	11,8
Ferrara	11,2	11,5	11,8	12,0	12,1	12,4	12,6	12,7	12,9	13,1	13,2
Ravenna	11,3	11,5	11,7	11,8	12,0	12,2	12,3	12,3	12,3	12,5	12,7
Forlì	11,4	11,6	11,8	11,9	12,0	12,1	12,2	12,2	12,2	12,3	12,4
Cesena	8,9	9,1	9,4	9,5	9,7	9,9	10,1	10,1	10,2	10,3	10,5
Rimini	8,7	9,0	9,2	9,3	9,5	9,7	9,9	10,0	10,0	10,3	10,5
Regione Emilia-Romagna	10,5	10,7	10,9	11,0	11,1	11,3	11,4	11,4	11,4	11,5	11,7

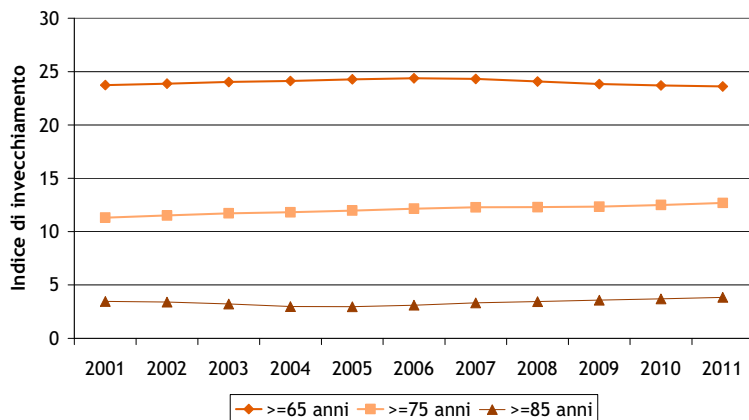
Indice di invecchiamento ultra 85 anni per Azienda di residenza Anni 2001-2011

Aziende USL	Popolazione >=85 anni										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011

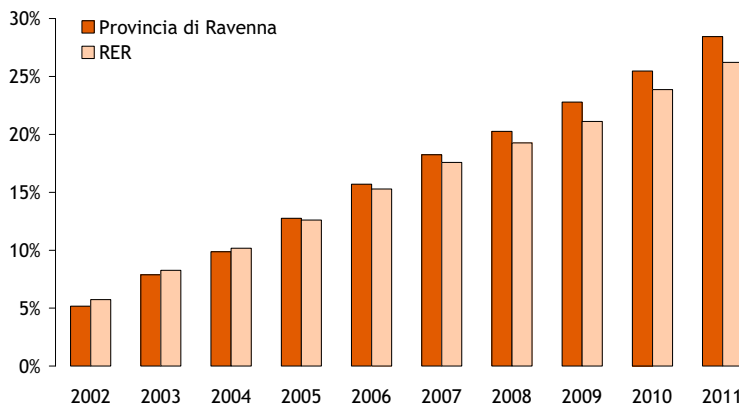
Piacenza	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0	3,1	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7
Parma	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	3,1	3,2	3,4	3,4	3,5	3,6
Reggio Emilia	2,9	2,8	2,6	2,5	2,4	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1
Modena	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,5	2,8	2,9	3,0	3,1	3,2
Bologna	3,1	3,1	3,0	2,8	2,8	3,1	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8
Imola	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4
Ferrara	2,9	2,9	2,8	2,6	2,7	2,9	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7
Ravenna	3,5	3,4	3,2	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7	3,8
Forlì	3,4	3,4	3,3	3,0	3,0	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7	3,8
Cesena	2,4	2,4	2,2	2,1	2,1	2,3	2,5	2,6	2,7	2,8	3,0
Rimini	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,3	2,5	2,6	2,8	2,9	3,0
Regione Emilia-Romagna	3,0	3,0	2,8	2,7	2,7	2,8	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5

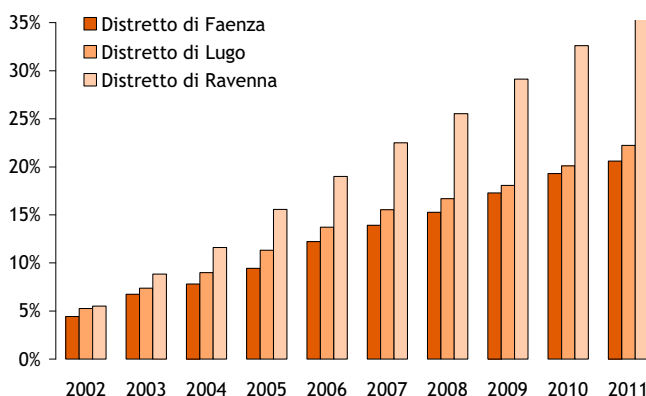
Fonte – Regione Emilia Romagna, Statistica self service

Indice di invecchiamento (anni 65+, anni 75+, anni 85+), periodo 2001-2011. Provincia di Ravenna



Variazioni percentuali dei residenti di anni 75+, periodo 2002-2011 anno 2000=100). Provincia di Ravenna e Regione Emilia-Romagna .



Variazioni percentuali dei residenti anni 75+, periodo 2002-2011 (anno 2000=100), per Distretto di residenza.

Si conferma anche per il 2011 quadro relativo alle **famiglie residenti**: modesto aumento del numero di famiglia rispetto all'anno precedente e inalterato il numero medio di componenti

Famiglie residenti e numero medio componenti

Territorio	Censimento 2001		01/01/2009		01/01/2010		01/01/2011	
	N°	Dim.ne	N°	Dim.ne	N°	Dim.ne	N°	Dim.ne
Distretto di Ravenna	72.278		89.390	2,2	90.676	2,2	92.085	2,2
Distretto di Lugo	38.977		44.342	2,3	44.950	2,3	45.393	2,3
Distretto di Faenza	32.927		37.307	2,3	37.856	2,3	38.353	2,3
Provincia di Ravenna	144.182	2,4	171.039	2,2	173.482	2,2	175.831	2,2
RER	1.652.425	2,4	1.914.948	2,3	1.946.997	2,2	1.970.813	2,2

Fonte: Regione Emilia Romagna statistica self service

Gli **stranieri** rappresentano all'1/1/2011 circa il 11,1% della popolazione residente, con valori simili nei tre Distretti. Il valore più basso si ha nel comune di Casola Valsenio (7,7%), il più alto a Massa Lombarda (16,1%); in 12 comuni la popolazione straniera supera il 10% del totale.

Stranieri residenti Comuni Provincia di Ravenna- 01/01/2011

	Stranieri	Popolazione totale	%
Alfonsine	1.200	12.411	9,7
Bagnacavallo	1.495	16.665	9,0
Bagnara Di Romagna	198	2.330	8,5
Brisighella	709	7.847	9,0
Casola Valsenio	212	2.761	7,7
Castel Bolognese	1028	9.626	10,7
Cervia	3.171	29.180	10,9
Conselice	1.540	10.029	15,4
Cotignola	598	7.414	8,1
Faenza	6.248	58.150	10,7
Fusignano	1.073	8.444	12,7
Lugo	3.471	32.777	10,6
Massa Lombarda	1.723	10.700	16,1
Ravenna	18.238	158.739	11,5
Riolo Terme	611	5.812	10,5

Russi	1.270	12.286	10,3
Sant'agata Sul Santerno	326	2.849	11,4
Solarolo	499	4.438	11,2
TOTALE	43.610	392.458	11,1

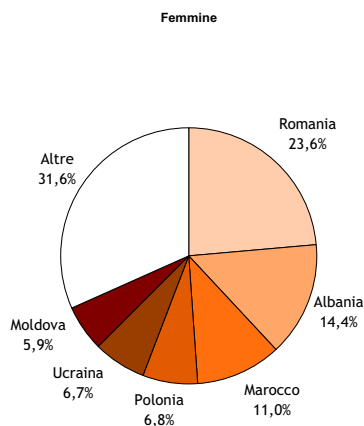
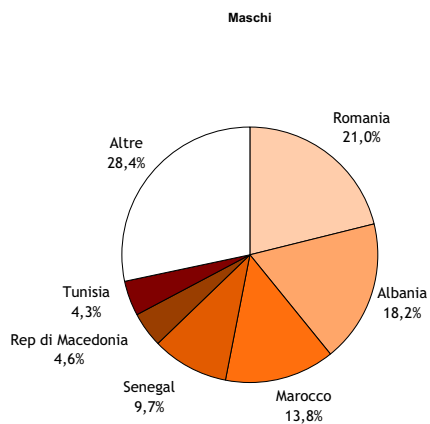
Fonte: Regione Emilia Romagna statistica self service

Stranieri residenti nelle Province della Regione Emilia-Romagna - 01/01/2011

	Stranieri	Popolazione totale	%
Azienda-USL Piacenza	38.717	289.887	13,4
Azienda-USL Parma	55.069	442.070	12,5
Azienda-USL Reggio Emilia	69.064	530.388	13,0
Azienda-USL Modena	89.346	700.914	12,7
Azienda-USL Bologna	91.116	860.037	10,6
Azienda-USL Imola	11.693	131.961	8,9
Azienda-USL Ferrara	27.295	359.994	7,6
Azienda-USL Ravenna	43.610	392.458	11,1
Azienda-USL Forlì	20.783	187.698	11,1
Azienda-USL Cesena	20.779	207.788	10,0
Azienda-USL Rimini	33.113	329.244	10,1
TOTALE	500.585	4.432.439	11,3

Fonte: Regione Emilia Romagna statistica self service

Stranieri residenti in provincia di Ra. % cittadinanze più rappresentative al 01/01/11, per genere



Fonte: Regione Emilia Romagna statistica self service

Prevalgono i giovani: oltre il 42% ha meno di 30 anni, valore in linea con la media regionale.

Stranieri residenti per classi di età - dati all'1/1/2005 e all'01/01/2011

Aziende USL	0-14 anni		15-29 anni		30-44 anni		45-59 anni		≥ 60 anni	
	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011
Piacenza	3.834	8.149	5.175	9.534	7.177	13.310	2.045	6.070	505	1.654
Parma	5.214	10.586	7.456	13.642	11.132	19.468	3.298	9.277	624	2.096
Reggio Emilia	8.554	15.370	9.871	16.077	14.611	23.955	4.216	10.643	823	3.019
Modena	10.769	19.137	12.982	20.923	19.498	32.414	5.650	13.871	1.022	3.001
Bologna	9.641	16.965	13.482	20.860	19.425	33.894	6.408	15.906	1.202	3.491
Imola	1.202	2.318	1.640	2.736	2.067	4.189	603	1.980	154	470
Ferrara	1.947	5.343	3.007	6.655	4.283	9.229	1.774	4.937	283	1.131
Ravenna	3.623	7.912	5.464	10.421	7.849	15.581	2.573	7.727	632	1.969
Forlì	2.003	4.163	2.787	5.142	3.834	7.476	958	3.260	248	742
Cesena	1.937	4.017	2.761	5.052	4.024	7.417	1.220	3.454	295	839
Rimini	2.475	5.629	3.922	7.686	6.000	11.535	2.227	6.290	827	1.973
Regione Emilia-Romagna	51.199	99.589	68.547	118.728	99.900	178.468	30.972	83.415	6.615	20.385

Fonte: Regione Emilia Romagna statistica self service

Detenuti per Istituto di pena e indici di sovraffollamento- Dati al 31/12/2011

Istituto	Capienza		Detenuti presenti		Indice di sovraffollamento	
	Regolamentare	Uomini	Donne	Totale	(presenze su 100 posti)	
Piacenza San Lazzaro CC	178	319	14	333	187,1	
Parma CC	155	210	0	210	135,5	
Parma CR	263	345	0	345	131,2	
Reggio Emilia CC	167	274	12	286	171,3	
Reggio Emilia OPG	132	228	0	228	172,7	
Modena CC	221	386	29	415	187,8	
Castelfranco Emilia	139	71	0	71	51,1	
Saliceta San Giuliano CL	69	69	0	69	100,0	
Bologna	497	1.014	71	1.085	218,3	
Ferrara	256	477	0	477	186,3	
Forlì	135	137	19	156	115,6	
Ravenna	59	126	0	126	213,6	
Rimini	123	199	0	199	161,8	
Regione Emilia-Romagna	2.394	3.855	145	4.000	167,1	

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)

1.3 Condizioni socio-economiche

Continua anche per il 2010 la diminuzione del tasso di occupazione 15-64 anni (73,5 %, vs 74,2 del 2009) che già si era osservata nel 2009 rispetto agli anni precedenti. Il **tasso di disoccupazione** – rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze lavoro – fatto segnare nella provincia nel 2010 (5,2%) è stato superiore a quello regionale (4,6%), con valore superiore al doppio rispetto al 2008; le differenze tra i generi rimangono elevate, anche se si è ridotta la distanza tra le relative percentuali: 7,0 % nelle donne vs 6,1% negli uomini.

Trend dei tassi di occupazione e disoccupazione (≥15 anni e 15-64 anni) in provincia di Ravenna e nella Regione Emilia-Romagna, per genere, dal 2004 al 2010.

MASCHI	Popolazione ≥ 15 anni						Popolazione 15-64 anni			
	Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	61,8	62,5	59,9	60,9	78,2	78,4	75,7	76,2	3	2,7
2005	60,9	62,8	59	61,2	76,9	78,8	74,4	76,6	3,2	2,7
2006	60,4	63,4	58,9	61,7	76,8	79,3	74,9	77,1	2,4	2,6
2007	62,6	63,8	60,9	62,5	79,3	80,1	76,9	78,4	2,9	2,1
2008	63,1	64,1	61,5	62,6	78	80,1	76	78,2	2,5	2,4
2009	60,9	63	58,9	60,3	76,9	78,9	74,2	75,5	3,4	4,2
2010	61,1	62,4	57,9	59,5	77,7	78,6	73,5	74,9	5,2	4,6

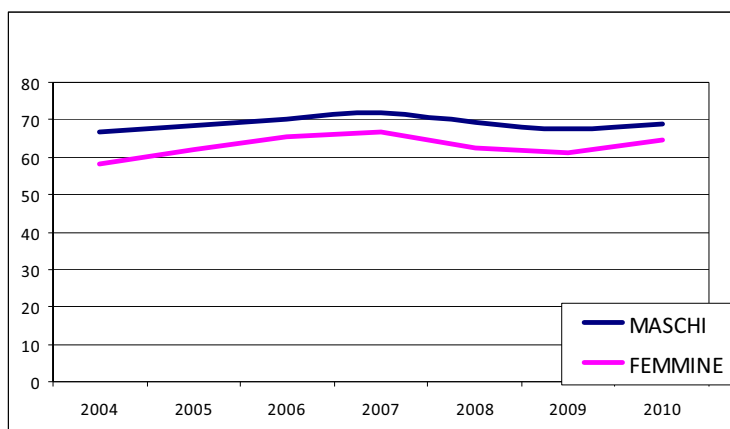
FEMMINE	Popolazione ≥ 15 anni						Popolazione 15-64 anni			
	Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	43,5	45,7	41	43,5	61,7	63,5	58	60,2	5,9	5
2005	46,4	45,5	43,9	43,1	65,6	63,4	62	60	5,4	5,3
2006	48,3	46,2	46,1	44,2	68,5	64,3	65,3	61,5	4,6	4,3
2007	48,7	46,4	47,3	44,6	68,9	64,6	66,9	62	2,9	3,9
2008	46,7	46,9	44,5	44,9	65,7	64,9	62,6	62,1	4,6	4,3
2009	47,1	47,1	43,5	44,5	66,5	65,1	61,3	61,5	7,7	5,5
2010	49,5	46,9	46	43,6	69,3	64,5	64,4	59,9	7	7

TOTALE	Popolazione ≥ 15 anni						Popolazione 15-64 anni			
	Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di attività		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	52,3	53,8	50,1	51,8	69,9	70,9	66,9	68,3	4,3	3,7
2005	53,4	53,9	51,2	51,8	71,3	71,1	68,3	68,4	4,2	3,8
2006	54,1	54,5	52,3	52,7	72,7	71,9	70,1	69,4	3,4	3,4
2007	55,5	54,8	53,9	53,3	74,1	72,4	71,9	70,3	2,9	2,9
2008	54,6	55,2	52,8	53,4	71,9	72,6	69,3	70,2	3,4	3,2

2009	53,8	54,8	51	52,1	71,7	72	67,8	68,5	5,3	4,8
2010	55,1	54,3	51,8	51,2	73,5	71,6	68,9	67,4	6,1	5,7

Legenda: Tasso di attività = Forze Lavoro/Popolazione, Tasso di occupazione = Occupati/Popolazione, Tasso di disoccupazione = In cerca di prima occ./Forze Lavoro Fonte elaborazioni su dati Istat.

Trend dei tassi di occupazione 15-64 anni, nella provincia di Ravenna, per genere, dal 2004 al 2010



Trend degli occupati per attività economica e per genere in provincia di Ravenna e nella Regione Emilia-Romagna, dal 2004 al 2010 (valori in migliaia).

MASCHI	Agricoltura		Industria		Trasf.Industr.		Costruzioni		Terziario		Commercio	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	12	62	38	463	27	344	11	119	41	519	13	151
2005	10	58	37	479	27	356	10	123	44	529	12	156
2006	9	61	37	485	27	360	10	125	46	540	15	170
2007	6	55	39	501	27	364	12	137	51	553	15	170
2008	9	54	38	496	28	356	10	140	52	571	15	180
2009	10	54	39	486	30	354	9	131	46	552	13	167
2010	10	57	40	482	32	360	8	122	45	543	11	167

FEMMINE	Agricoltura		Industria		Trasf.Industr.		Costruzioni		Terziario		Commercio	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	5	27	13	188	12	177	1	11	48	588	11	127
2005	5	24	12	184	12	172	-	12	56	598	11	134
2006	3	21	12	191	11	179	1	12	62	620	14	141
2007	3	22	13	193	12	182	1	11	64	630	15	142
2008	3	26	12	182	12	170	-	12	61	653	14	141
2009	3	25	14	178	13	167	1	12	58	661	13	136
2010	4	21	13	169	12	159	1	10	63	662	14	128

TOTALE	Agricoltura		Industria		Trasf.Industr.		Costruzioni		Terziario		Commercio	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
2004	17	89	51	651	38	521	13	130	89	1.106	24	278

2005	14	83	49	663	39	527	10	136	100	1.127	24	290
2006	12	82	49	675	38	539	11	137	109	1.161	29	310
2007	9	77	52	693	39	546	13	148	115	1.183	29	312
2008	12	79	50	677	40	526	10	151	113	1.223	29	320
2009	13	80	53	664	43	521	10	143	104	1.212	26	303
2010	14	79	53	652	44	519	9	133	108	1.205	25	296

Fonte elaborazioni su dati Istat.

Rapporti di lavoro con contratto di somministrazione interinale, per provincia e genere in Emilia-Romagna, anni 2006-2010

Province	2006			2007			2008			2009			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Bologna	12.851	14.483	27.334	14.122	15.461	29.583	14.284	16.298	30.582	8.104	13.043	21.147	11.892	15.925	27.817
Ferrara	2.245	2.216	4.461	2.243	1.849	4.092	1.858	2.462	4.320	1.002	2.010	3.012	1.394	2.659	4.053
Forlì-Cesena	3.041	2.074	5.115	3.377	2.352	5.729	3.187	2.008	5.195	2.050	1.592	3.642	2.952	2.117	5.069
Modena	7.222	7.388	14.610	8.576	7.765	16.341	7.393	7.565	14.958	3.708	6.725	10.433	5.747	7.796	13.543
Parma	4.763	4.984	9.747	5.119	5.281	10.400	4.952	5.317	10.269	3.312	4.233	7.545	4.685	5.852	10.537
Piacenza	3.480	2.528	6.008	3.786	2.783	6.569	3.082	2.822	5.904	1.615	2.430	4.045	2.342	2.759	5.101
Ravenna	3.365	1.915	5.280	3.756	2.016	5.772	3.381	2.163	5.544	2.121	1.457	3.578	2.923	2.109	5.032
Reggio Emilia	6.617	4.887	11.504	7.635	5.596	13.231	7.287	5.333	12.620	4.006	3.429	7.435	5.924	4.535	10.459
Rimini	2.052	887	2.939	2.417	1.077	3.494	1.875	1.311	3.186	1.295	1.264	2.559	1.674	1.425	3.099
TOTALE	45.636	41.362	86.998	51.031	44.180	95.211	47.299	45.279	92.578	27.213	36.183	63.396	39.533	45.177	84.710

Nota: La tabella riporta il numero di atti di avviamento di tipo interinale/somministrazione stipulati in Regione con sede di lavoro le province dell'Emilia-Romagna e di competenza amministrativa regionale

Fonte: Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna - SILER.

Netto incremento dei lavoratori non comunitari (+ 47%) rispetto al 2009, soprattutto per le donne che raddoppiano rispetto all'anno precedente (+101%) mentre negli uomini l'aumento è pari al 16%.

Lavoratori non comunitari per provincia e genere in Emilia-Romagna, anni 2006-2010

Province	2006			2007			2008			2009			2010		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Piacenza	4.901	2.038	6.939	4.411	1.359	5.770	7.174	2.990	10.164	8.719	5.485	14.204	10.228	4.852	15.080
Parma	9.252	6.656	15.908	12.150	6.263	18.413	13.027	7.572	20.599	14.847	9.263	24.110	13.525	9.605	23.130
Reggio Emilia	15.570	5.813	21.383	24.216	5.664	29.880	26.924	7.243	34.167	16.144	7.019	23.163	16.821	7.983	24.804
Modena	12.201	9.457	21.658	15.625	8.617	24.242	16.318	9.290	25.608	17.306	10.546	27.852	22.725	7.110	29.835
Bologna	20.499	13.956	34.455	18.824	12.346	31.170	17.693	12.775	30.468	23.020	13.681	36.701	23.006	15.547	38.553
Ferrara	2.238	1.752	3.990	2.861	3.431	6.292	3.265	4.395	7.660	3.396	4.439	7.835	2.468	3.945	6.413
Ravenna	6.974	3.887	10.861	5.618	2.033	7.651	4.926	1.795	6.721	4.599	2.737	7.336	5.319	5.496	10.815
Forlì-	8.522	3.644	12.166	7.350	1.664	9.014	6.894	2.912	9.806	6.469	3.907	10.376	9.871	4.540	14.411

Cesena															
Rimini	7.884	3.247	11.131	5.872	2.866	8.738	5.279	2.948	8.227	4.118	4.689	8.807	4.983	4.832	9.815
Emilia-Romagna	88.041	50.450	138.491	96.927	44.243	141.170	101.500	51.920	153.420	98.618	61.766	160.384	108.946	63.910	172.856

Fonte: Istat (per gli anni 2005 e 2006) - La rilevazione delle Forze lavoro rileva l'occupazione media settimanale della popolazione. Dal 2005 cambia la fonte : l'Istat introduce nella rilevazione campionaria sulle forze lavoro la cittadinanza

La regione Emilia Romagna mette a disposizione i dati relativi alle **pensioni** vigenti della sede INPS per ogni provincia. Nel 2010, il numero di pensioni INPS vigenti sono state 1.524.462 in regione, di cui circa il 10% sono state erogate in provincia di Ravenna (144.374). Per quanto riguarda la categoria di appartenenza delle pensioni vigenti in provincia di Ravenna, circa il 60% sono pensioni per vecchiaia ed anzianità, seguite dal 20% classificate come superstite (cioè destinate a familiari di lavoratori deceduti che avevano maturato i requisiti assicurativi e contributivi per la pensione ordinaria di inabilità) e il 10% sono classificate come pensioni di invalidità civile.

Pensioni INPS vigenti al 1° gennaio 2011, per comune di residenza del titolare e categoria, Maschi e Femmine.

Province	Vecchiaia e Anzianità	Invalidità	Superstite	Pensioni e assegni soc.	Invalidi civili	Totale
Piacenza	62.388	6.744	22.903	2.306	14.362	108.703
Parma	85.611	11.323	31.588	4.266	17.491	150.279
Reggio Emilia	102.087	11.371	34.648	3.966	20.679	172.751
Modena	147.598	11.570	47.450	4.122	23.014	233.754
Bologna	205.618	22.837	68.429	5.910	32.164	334.958
Ferrara	87.581	8.283	31.220	2.577	17.504	147.165
Ravenna	85.989	12.632	28.393	2.502	14.858	144.374
Forlì-Cesena	78.117	11.295	26.604	2.876	17.292	136.184
Rimini	50.744	8.000	18.886	4.072	14.592	96.294
Emilia-Romagna	905.733	104.055	310.121	32.597	171.956	1.524.462

Per quanto riguarda l'importo medio mensile di queste pensioni erogate dall'Inps, la nostra provincia mostra una media di 791,47 euro, leggermente inferiore alla media regionale (806,82 euro).

Importo medio mensile (valori in euro) delle pensioni INPS vigenti al 1° gennaio 2011, per comune di residenza del titolare e categoria, Maschi e Femmine.

Province	Vecchiaia e Anzianità	Invalidità	Superstite	Pensioni e assegni soc.	Invalidi civili	Totale
Piacenza	1.006,47	613,59	549,35	387,78	424,21	795,73
Parma	1.058,20	622,51	552,57	365,61	418,42	824,97
Reggio Emilia	1.020,50	626,15	538,15	348,88	419,34	810,42
Modena	1.020,41	666,01	534,41	376,41	417,19	833,47
Bologna	1.092,20	655,38	559,29	398,01	423,90	877,13
Ferrara	952,05	622,04	536,85	361,13	429,07	772,84
Ravenna	984,91	591,31	526,63	380,88	417,41	791,47
Forlì-Cesena	911,43	559,21	488,53	375,33	416,09	725,38
Rimini	853,40	542,05	465,75	377,02	418,66	665,48

Emilia-Romagna	1.010,59	617,50	534,69	375,48	420,66	806,82
----------------	----------	--------	--------	--------	--------	--------

Reddito medio pro-capite e consumo familiare per provincia, anno 2011 .

Province	POPCR	REDD	VCF	REDD/POPCR	VCF/POPCR
Piacenza	291,43	5.984,06	5.169,51	20,53	17,74
Parma	445,26	9.497,09	8.641,12	21,33	19,41
Reggio Emilia	533,94	10.635,79	7.985,41	19,92	14,96
Modena	705,43	15.324,66	12.019,37	21,72	17,04
Bologna	1.000,34	24.392,02	20.305,54	24,38	20,30
Ferrara	361,16	6.382,80	6.736,14	17,67	18,65
Ravenna	395,11	7.758,29	7.903,93	19,64	20,00
Forli-Cesena	397,91	8.699,42	8.882,02	21,86	22,32
Rimini	313,50	6.280,88	6.451,61	20,03	20,58

POPCR: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT

REDD: reddito disponibile delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

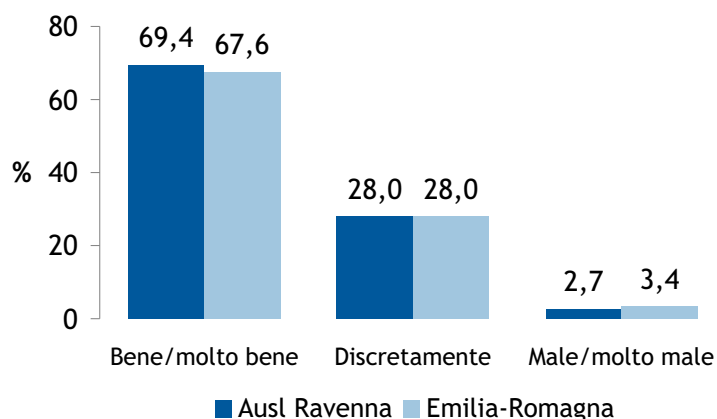
Fonte: PROMETEIA - Scenari per le economie locali

N.B.: Per la costruzione degli indicatori sono state utilizzate le stime di Prometeia per l'anno 2011 (diffuse nel febbraio 2012).

1.4 Osservazioni epidemiologiche

L'analisi della salute percepita, con il metodo PASSI, evidenzia che il 70% dei residenti giudica buona o molto buona la propria salute.

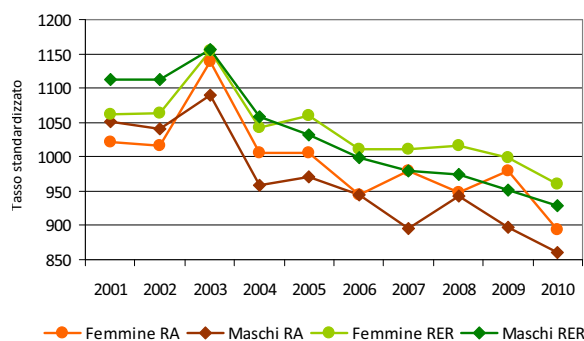
Stato di salute percepito. Fonte: Passi 2008-2011



La **mortalità** nel 2010 conferma quanto già rilevato negli anni precedenti: vi è una tendenza alla diminuzione della mortalità generale, le principali cause di morte rimangono, nell'ordine: le malattie dell'apparato circolatorio, i tumori, le patologie dell'apparato respiratorio, i traumatismi e avvelenamenti, le patologie dell'apparato digerente.

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna.
Mortalità generale

Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna



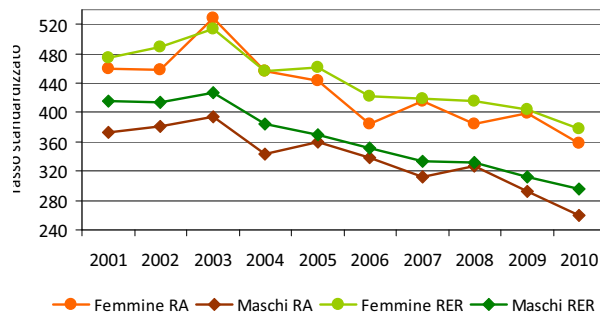
Tassi standardizzati di mortalità, confronto Ausl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna, anni 2006-2010

Cause (ICD X)	2006		2007		2008		2009		2010	
	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER	Ra	RER
Mortalità generale	952,0	1.009,4	946,2	1.000,5	954,3	1.001,8	947,8	982,5	886,5	952,0
Mortalità per tumore (C00-D48)	313,5	320,4	298,6	316,5	288,4	311,8	300,3	311,9	283,6	307,5
Tumore della mammella, donna (C50, D486)	43,9	44,6	39,9	43,5	41,9	42,8	44,3	43,4	38,1	41,5
Tumore della cervice uterina (C53)	1,5	1,3	1,4	1,3	1,6	1,3	1,8	1,2	0,9	1,0
Tumore del colon-retto (C18,C19-C21, D374, D375)	31,3	35,0	32,3	33,8	29,4	34,0	31,3	33,3	27,8	32,9
Tumore del polmone, trachea, bronchi (C33-C34, D381)	64,2	64,9	65,0	66,2	60,8	63,5	54,9	63,4	61,2	62,9
Mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio (I00-I99)	364,8	389,8	367,5	379,4	358,9	376,7	348,9	360,9	312,0	339,8
Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (J00-J99)	58,1	69,7	59,7	71,6	66,8	75,0	65,2	70,4	57,3	66,3
Mortalità per malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	32,0	39,2	36,3	40,2	40,7	42,1	38,8	37,6	33,1	36,0
Mortalità per traumatismi e avvelenamenti (S00-T98)	43,4	42,2	41,4	41,4	48,7	42,4	39,0	41,4	39,5	38,9

Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna.

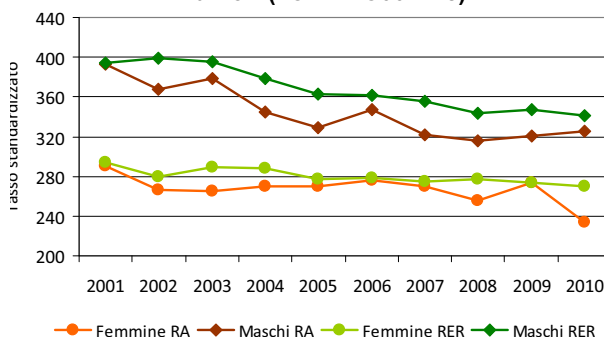
Le malattie dell'apparato circolatorio mostrano, nel periodo 2001-2010, una forte diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità sia nelle donne che negli uomini, rimanendo tra le prime con valori costantemente ben al di sopra rispetto ai secondi; anche i tumori complessivamente considerati mostrano un trend in diminuzione.

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti), in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Malattie del sist. circolatorio (ICD-X: I00-I99)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Tumori (ICD-X: C00-D48)

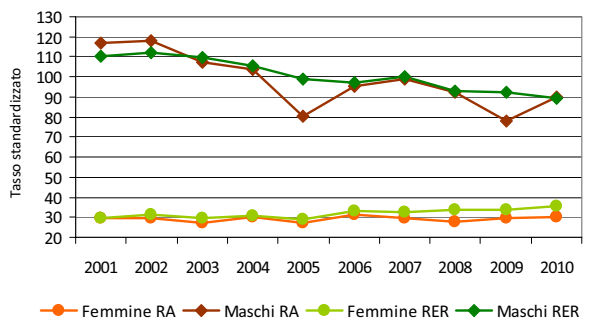


Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Il tumore di polmone-trachea-bronchi continua ad interessare in modo più accentuato il genere maschile, ma, mentre per questo si assiste ad un trend in riduzione, nelle donne, al contrario, i valori del tasso standardizzato tendono ad aumentare.

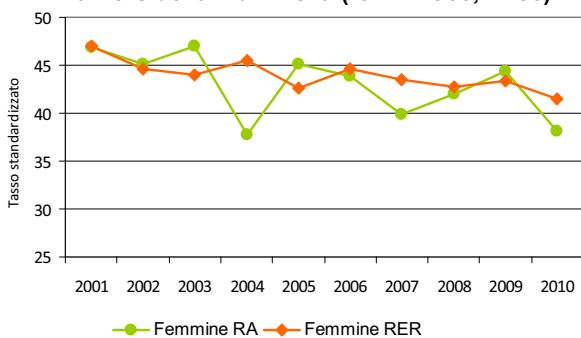
Tra i tumori, nelle donne prevale su tutti il tumore della mammella; importante negli uomini il tumore alla prostata e un posto di rilievo lo occupa il tumore del colon-retto: è il secondo per frequenza in entrambi i generi.

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Tumore polmone, trachea e bronchi (ICD-X: C33-C34, D381)



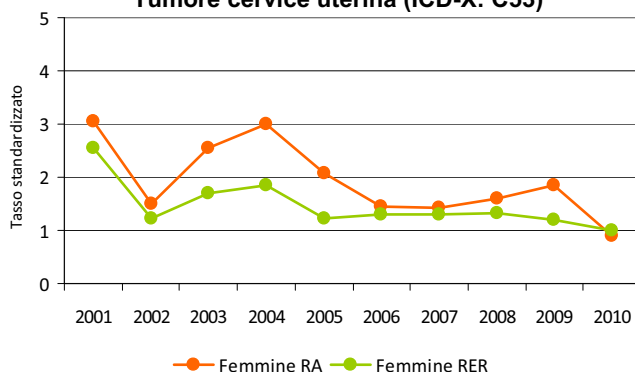
Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Tumore della mammella (ICD-X: C50, D486)



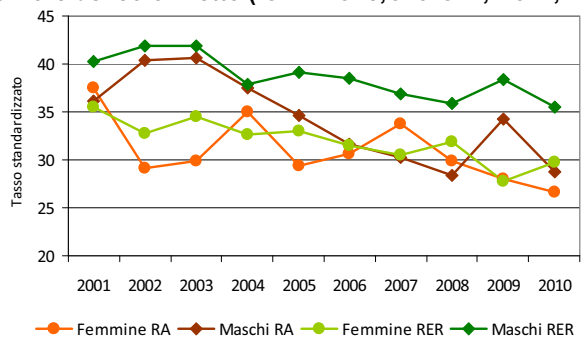
Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Tumore cervice uterina (ICD-X: C53)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

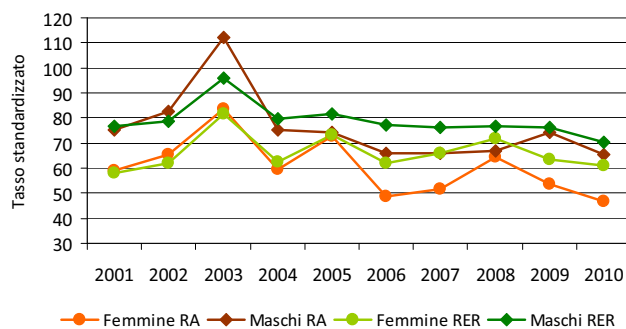
Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Tumore del colon-retto (ICD-X: C18,C19-C21, D374, D375)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

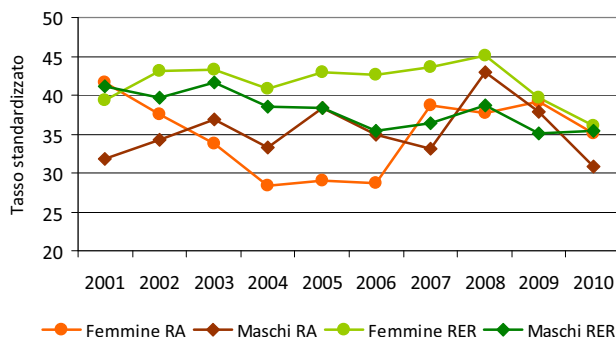
Le malattie respiratorie tendono alla diminuzione dei tassi standardizzati negli uomini, l'andamento è, invece, più irregolare nelle donne.

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Malattie del sist. respiratorio (ICD-X: J00-J99)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

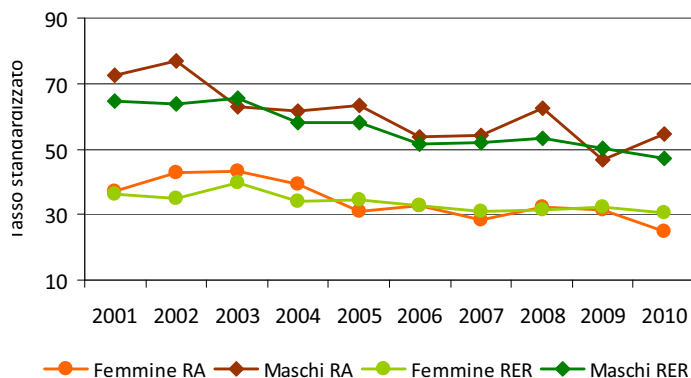
Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Malattie dell'app.digerente (ICD-X: K00-K93)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Sotto i 45 anni, traumatismi e avvelenamenti rappresentano le cause più frequenti di decesso, soprattutto gli incidenti stradali, con una marcata differenza per genere (graf. 20).

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000 abitanti) in Azienda Usl di Ravenna e Regione Emilia-Romagna. Traumatismi ed avvelenamenti (ICD-X: S00-T98)



Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna

Questo spiega l'elevato valore dell'indicatore "Anni di vita potenziali persi" per queste cause rispetto alle altre. I tassi standardizzati, tuttavia, mostrano una tendenza alla diminuzione.

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Mortalità generale

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	10,16	11,96
Parma	10,32	12,10
Reggio Emilia	10,70	13,35
Modena	10,83	12,68
Bologna	10,56	12,11
Imola	11,17	12,28
Ferrara	10,02	11,83
Ravenna	10,81	12,01
Forlì	10,76	12,61
Cesena	10,97	11,86
Rimini	11,22	12,84
Emilia-Romagna	10,61	12,34

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Tumori (C00-D48 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	12,45	10,13
Parma	12,82	10,66
Reggio Emilia	13,65	11,13
Modena	13,81	11,48
Bologna	13,42	10,89
Imola	15,68	11,31
Ferrara	13,20	10,88
Ravenna	13,23	10,68
Forlì	13,36	11,62
Cesena	14,11	9,82
Rimini	13,78	10,98
Emilia-Romagna	13,44	10,90

Fonte: Regione Emilia-Romagna.

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Tumore mammella (C50, D486 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	
Piacenza	15,13	
Parma	16,97	

Reggio Emilia	18,60
Modena	16,93
Bologna	18,08
Imola	20,27
Ferrara	17,32
Ravenna	16,21
Forlì	13,45
Cesena	18,85
Rimini	15,16
Emilia-Romagna	17,08

Fonte: Regione Emilia-Romagna.

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. T.colon-retto (C18, C19-21, D374-375 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	10,51	10,22
Parma	11,50	10,86
Reggio Emilia	12,59	9,52
Modena	12,27	10,99
Bologna	11,35	11,07
Imola	13,23	11,00
Ferrara	10,92	10,81
Ravenna	9,67	11,02
Forlì	10,00	9,91
Cesena	12,19	10,20
Rimini	13,22	9,27
Emilia-Romagna	11,52	10,59

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Tumore del polmone (C33-34, D381 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	13,22	9,15
Parma	14,42	10,50
Reggio Emilia	13,78	9,73
Modena	14,02	10,59
Bologna	13,24	10,55
Imola	17,51	10,25
Ferrara	11,18	9,86

Ravenna	15,05	9,47
Forlì	14,96	11,30
Cesena	15,72	8,99
Rimini	15,09	10,11
Emilia-Romagna	13,93	10,11

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Mal.dell'app.circolatorio (I00-I99- ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	6,58	10,27
Parma	5,94	9,94
Reggio Emilia	6,06	10,51
Modena	6,84	10,03
Bologna	6,64	9,48
Imola	7,38	9,13
Ferrara	6,46	9,49
Ravenna	6,58	9,05
Forlì	6,78	9,74
Cesena	7,17	8,99
Rimini	7,90	9,20
Emilia-Romagna	6,60	9,72

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Mal.dell'app.respiratorio (J00-J99 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	6,95	6,66
Parma	5,32	10,18
Reggio Emilia	7,44	9,05
Modena	7,88	6,67
Bologna	7,39	8,28
Imola	3,76	6,24
Ferrara	5,65	7,27
Ravenna	7,30	7,35
Forlì	9,78	10,63
Cesena	6,92	6,34
Rimini	5,72	9,19
Emilia-Romagna	6,89	8,03

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Mal.dell'app.digerente (K00-K93 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	7,45	12,54
Parma	7,93	11,81
Reggio Emilia	9,65	12,78
Modena	7,81	11,41
Bologna	8,81	11,47
Imola	10,10	10,86
Ferrara	8,88	12,08
Ravenna	10,71	13,84
Forlì	8,81	14,00
Cesena	8,84	6,72
Rimini	11,47	12,33
Emilia-Romagna	8,89	11,97

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Anni di vita potenziali persi triennio 2008-2010. Traumatismi ed avvelen. (S00-T98 - ICD X)

Azienda di residenza	Anni di vita potenziali persi	
	Femmine	Maschi
Piacenza	21,87	27,07
Parma	16,83	26,45
Reggio Emilia	22,92	27,96
Modena	20,45	28,40
Bologna	16,44	25,94
Imola	13,57	29,41
Ferrara	14,37	27,16
Ravenna	21,11	26,70
Forlì	25,91	21,27
Cesena	23,55	26,45
Rimini	21,06	27,20
Emilia-Romagna	19,04	26,86

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Dal 2002 al 2010 **la mortalità evitabile** mostra una generale tendenza alla diminuzione dei tassi, più evidente per gli incidenti stradali (-56%), meno per le malattie ischemiche del cuore (-38%) e i tumori maligni delle vie respiratorie (-26%). Situazione non omogenea nei confronti tra generi. Negli uomini si riducono sensibilmente i tassi di tutte e tre le tipologie di cause nel confronto 2002/2010), nelle donne la riduzione è evidente solo per le cause traumatiche (-80%), mentre si segnala una variazione in positivo per gli altri due tipi di cause.

La provincia di Ravenna mostra un tasso di suicidio con valori superiori alla Regione, rispettivamente pari a 6,93 e 6,32 per 100.000 abitanti, posizionandosi al 3° posto fra le province dell'Emilia Romagna, superata solo da Bologna e Piacenza. I tentati suicidi sono invece pari a 12,3 per 100.000 abitanti, mentre la media regionale è di 7,6.

Suicidi e tentativi di suicidio denunciati alla Polizia di Stato e all'Arma dei carabinieri per provincia (valori assoluti e quozienti per 100.000) - Anno 2010

Province	valori assoluti		quozienti per 100.000 abitanti	
	Suicidi	Tentativi di suicidio	Suicidi	Tentativi di suicidio
Piacenza	22	29	7,64	10,07
Parma	28	8	6,40	1,83
Reggio nell'Emilia	30	49	5,71	9,33
Modena	46	64	6,62	9,21
Bologna	98	71	9,96	7,21
Ferrara	13	7	3,62	1,95
Ravenna	27	48	6,93	12,32
Forli-Cesena	8	52	2,04	13,25
Rimini	6	7	1,84	2,15
Emilia-Romagna	278	335	6,32	7,62

Popolazione residente al 1 gennaio 2010. I dati riportati nelle tavole del presente capitolo derivano dai modelli individuali compilati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei carabinieri in base alle notizie contenute nel rapporto o verbale di denuncia di suicidio o tentativo di suicidio trasmesso all'Autorità giudiziaria. Fonte: ISTAT

Per quanto riguarda le **malattie infettive**, l'incidenza media biennale di tubercolosi, per il periodo 2005-2010, ha segnalato un sensibile incremento, passando da 5,4 x 100.000 a 6,2 x 100.000 del 2009-2010.

Incidenza Tbc polmonare: numero di casi e tasso medio annuale per 100.000 abitanti per Azienda Usl di residenza, anni 2005-2010.

Ausl di residenza	Biennio 2005-2006		Biennio 2007-2008		Biennio 2009-2010	
	* N. casi	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti	* N. casi	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti	* N. casi	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti
Piacenza	37	6,8	37	6,6	33	5,7
Parma	52	6,3	43	5,1	61	7,0
Reggio Emilia	85	8,8	68	6,7	66	6,3
Modena	119	9,1	105	7,8	105	7,6
Bologna	190	11,6	179	10,7	168	9,9
Imola	10	4,1	16	6,3	7	2,7
Ferrara	30	4,3	47	6,6	52	7,3
Ravenna	39	5,4	54	7,2	48	6,2
Forli	45	12,8	30	8,3	24	6,5
Cesena	18	4,7	13	3,3	22	5,4
Rimini	41	7,2	46	7,8	56	8,9
Totale	666	8,1	638	7,5	642	7,4

I casi incidenti in ogni anno sono quelli che riportano come anno di notifica tale anno. Sono stati considerati solamente i casi residenti e/o domiciliati in Emilia-Romagna al momento della diagnosi. Nota: Il tasso è calcolato utilizzando come popolazione di riferimento la media delle popolazioni residenti al 01/01 negli anni considerati.

Fonte: Assessorato alla sanità RER

Per quanto riguarda invece l'Aids, la provincia di Ravenna mostra un trend in aumento dei casi prevalenti (64,2 per 100.000 abitanti), sostanzialmente causato dall'aumento della sopravvivenza, ma continua il trend in calo dei nuovi casi diagnosticati, in linea con il rallentamento dell'epidemia nel 2010, pur rimanendo la provincia di Ravenna al 2° posto in Emilia-Romagna.

Prevalenza Aids: numero di casi e tassi per 100.000 abitanti per Azienda UsI di residenza, anni 2004, 2006, 2008, 2010

Aziende UsI	31/12/2004		31/12/2006		31/12/2008		31/12/2010	
	*N. casi	**Tasso x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso x 100.000 abitanti
Piacenza	94	34,3	106	38,1	112	39,2	123	42,4
Parma	131	31,7	146	34,8	152	35,1	166	37,6
Reggio Emilia	116	23,8	121	24,1	136	26,2	144	27,1
Modena	193	29,2	207	30,9	227	33,0	250	35,7
Bologna	257	31,3	259	31,3	283	33,4	311	36,2
Imola	65	52,4	79	62,7	81	62,5	81	61,4
Ferrara	98	28,0	99	28,0	112	31,3	129	35,8
Ravenna	218	59,7	236	63,2	239	62,0	252	64,2
Forlì	88	49,6	99	54,8	101	54,6	111	59,1
Cesena	51	26,3	56	28,4	62	30,5	69	33,2
Rimini	130	45,3	147	50,0	164	54,1	170	51,6
Totale	1441	34,7	1.555	36,8	1.669	38,5	1.806	40,7

I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono tutti i casi che risultavano in vita a tale data, cioè tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti, o nello stesso anno, e vivi alla fine dell'anno considerato. Sono stati considerati solamente i casi residenti in Emilia-Romagna al momento della diagnosi. Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno considerato
 Fonte: Servizio Sanità Pubblica, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

Incidenza Aids: numero di casi e tasso medio annuale per 100.000 abitanti per Azienda UsI di residenza, anni 2003 – 2010

Aziende UsI	Biennio 2003-2004		Biennio 2005-2006		Biennio 2007-2008		Biennio 2009-2010	
	*N. casi	**Tasso medio annuale x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso medio annuale x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso medio annuale x 100.000 abitanti	*N. casi	**Tasso medio annuale x 100.000 abitanti
Piacenza	32	5,9	19	3,5	22	3,9	15	2,6
Parma	25	3,1	28	3,4	19	2,2	22	2,5
Reggio Emilia	34	3,6	23	2,3	29	2,9	12	1,1
Modena	51	3,9	41	3,1	27	2,0	24	1,7
Bologna	35	2,2	23	1,4	46	2,8	36	2,1
Imola	6	2,5	13	5,2	10	3,9	2	0,8
Ferrara	27	3,9	26	3,7	26	3,7	23	3,2
Ravenna	51	7,1	52	7,1	31	4,1	22	2,8
Forlì	16	4,6	16	4,5	15	4,1	9	2,4
Cesena	13	3,4	13	3,3	15	3,8	8	2,0
Rimini	34	6,0	24	4,2	23	3,9	12	1,9
Totale	324	4,0	287	3,4	263	3,1	185	2,1

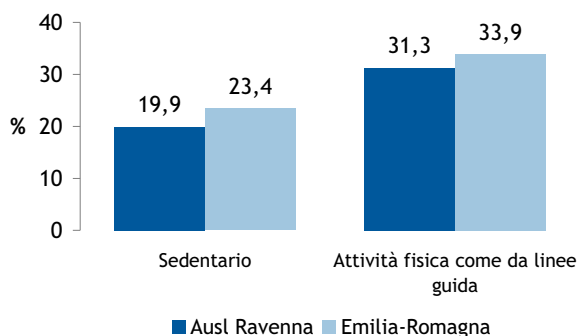
Per ciascun periodo considerato il numero di casi incidenti include i ritardi di notifica (a parte per il 2009). Sono stati considerati solamente i casi residenti in Emilia-Romagna al momento della diagnosi. Popolazione di riferimento: media delle popolazioni residenti al 01/01 negli anni considerati.

Fonte: Servizio Sanità Pubblica, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

1.5 Stili di vita

In provincia di Ravenna solo il 31% dichiara di aderire alle raccomandazioni sull'**attività fisica** (attività intensa o moderata), il 20% degli intervistati tra i 18 e i 69 anni riferisce di essere completamente sedentario (indagine PASSI, riferita all'intero triennio 2008-2011).

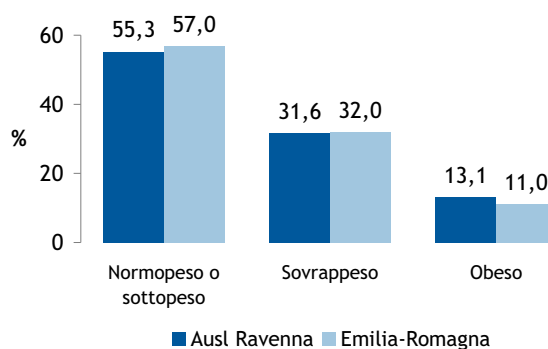
Attività fisica: sedentari e persone che effettuano attività fisica ai livelli raccomandati.



Fonte: Passi 2008-2011

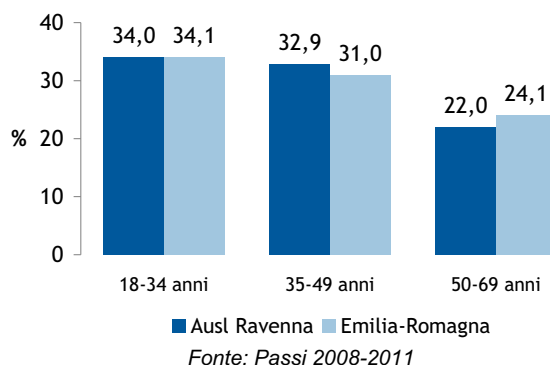
Il 45% degli intervistati riferisce una condizione di **eccesso ponderale** (31% sovrappeso e 12% obesi), valori molto simili osservati sull'intero territorio regionale.

Caratteristiche ponderali nella popolazione residente in provincia di Ravenna.

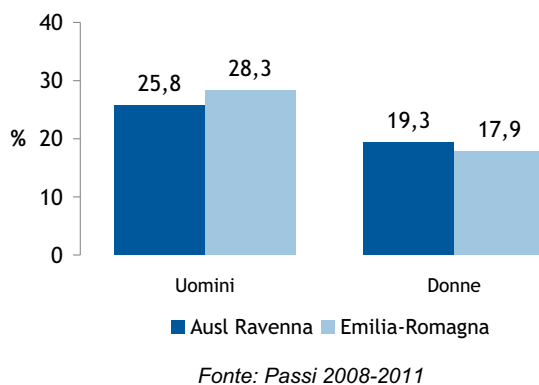


Fonte: Passi 2008-2011

Il **fumo** di sigaretta è diffuso nel 30% della popolazione, con percentuali non molto dissimili tra uomini e donne; interessa in particolare le giovani età: 34% nell'età 18-34 anni e 33% in quella 35-49.

Fumatori per classi di età.

Piuttosto diffuso un consumo di **alcol** definibile come “a rischio”, ossia abitualmente in quantità eccessive (più di 2 unità alcoliche al giorno negli uomini e più di 1 nelle donne, intendendo per unità alcolica: 1 lattina di birra o 1 bicchiere di vino o 1 bicchierino di liquore) o prevalentemente fuori pasto o smodatamente in modo saltuario (“binge drinking” secondo la definizione anglosassone). La condizione di “bevitore a rischio” è più diffusa negli uomini (26% contro il 19% delle donne) (graf. 24).

Percentuale di consumatori di alcol “a rischio”.

1.6 Sicurezza

Per quanto riguarda la **sicurezza stradale**, secondo i dati del 2010, l'incidentalità rispetto all'anno 2003 è diminuita del 31%, la mortalità del 48% e i feriti del 31%.

Il rapporto di mortalità (n. morti/n. incidenti x 100) non mostra nel periodo 2003-2010 variazioni di rilievo, rimanendo anno per anno costantemente su valori superiori rispetto a quelli regionali; lo stesso può dirsi per il rapporto di lesività (n. feriti/n. incidenti x 100) e di pericolosità (n. di morti/n. di morti + n. di feriti x 100).

Numero di incidenti, morti e feriti. Rapporto di mortalità, lesività, pericolosità. Provincia di Ravenna e Regione Emilia-Romagna, periodo 2003-2010

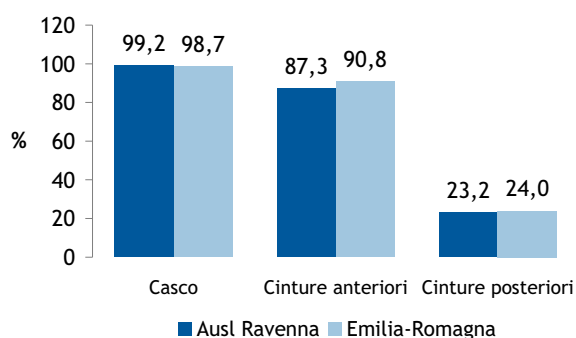
Provincia Ravenna	Anno							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale incidenti	2.766	3.332	2.802	2.887	2.220	2.047	1.960	1.900
Totale morti	85	118	96	90	59	67	54	44
Totale feriti	3.966	4.724	3.904	4.044	3.145	2.879	2.756	2.718
Rapporto di Mortalità	3,07%	3,54%	3,43%	3,12%	2,66%	3,27%	2,76%	2,32%
Rapporto di Lesività	143,38%	141,78%	139,33%	140,08%	141,67%	140,64%	140,61%	143,05%
Rapporto di Pericolosità	2,10%	2,44%	2,40%	2,18%	1,84%	2,27%	1,92%	1,59%

Regione Emilia Romagna	Anno							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale incidenti	26.454	25.894	24.250	23.950	23.074	21.744	20.411	20.152
Totale morti	756	681	635	539	531	523	422	401
Totale feriti	36.552	35.773	33.322	33.235	31.815	29.752	28.035	27.999
Rapporto di Mortalità	2,86%	2,63%	2,62%	2,25%	2,30%	2,41%	2,07%	1,99%
Rapporto di Lesività	138,17%	138,15%	137,41%	138,77%	137,88%	136,83%	137,35%	138,94%
Rapporto di Pericolosità	2,03%	1,87%	1,87%	1,60%	1,64%	1,73%	1,48%	1,41%

Rapporto di Mortalità (RM), indica il tasso di mortalità per incidente. $RM = \text{totale morti} / \text{totale incidenti} * 100$

Rapporto di Lesività (RL), indica la percentuale di feriti per incidente. $RL = \text{totale feriti} / \text{totale incidenti} * 100$

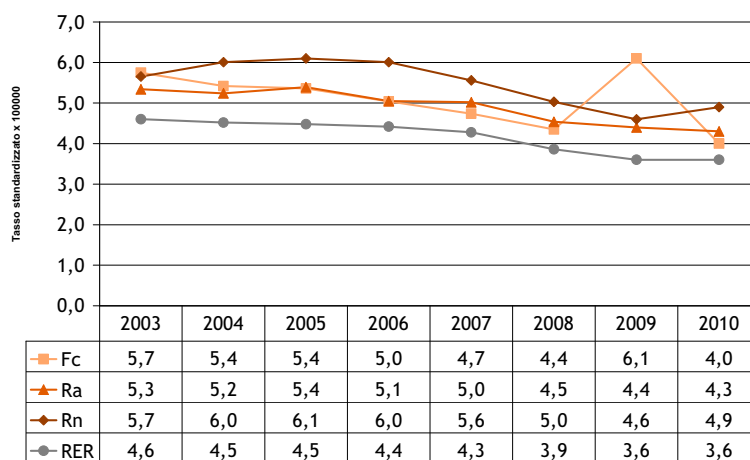
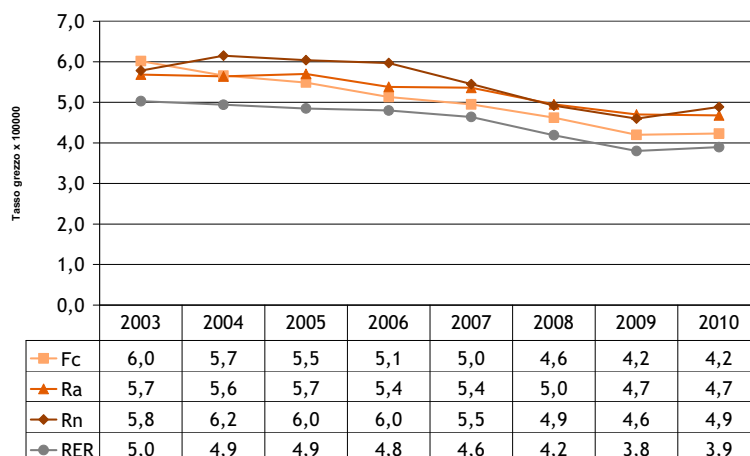
Rapporto di Pericolosità (RP), indica la percentuale di morti sul totale dei coinvolti non illesi negli incidenti. $RP = \text{totale morti} / (\text{totale morti} + \text{totale feriti}) * 100$

Uso delle cinture di sicurezza e del casco.


Fonte: Passi 2008-2011

Per stimare il rischio di **infortunio professionale** si ricorre al calcolo di indici (o "tassi") che si ottengono rapportando il numero di infortuni al numero di addetti o di ore lavorate. Nel 2010, non si evidenziano particolari variazioni del tasso di incidenza, grezzo e standardizzato, rispetto all'anno precedente, sia per la provincia di Ravenna che le altre province della Romagna e per l'intera regione Emilia-Romagna.

Tasso grezzo e tasso standardizzato degli infortuni indennizzati dall'INAIL



Capitolo 2 - Profilo aziendale



Capitolo 2 - Profilo aziendale

L'obiettivo che ci proponiamo, in questa sezione del documento, è quello di tratteggiare una sorta di carta d'identità dell'Azienda, descrivendone sia il profilo più strettamente economico-finanziario sia quello quali-quantitativo relativo all'attività istituzionale in termini di produzione di prestazioni/servizi. Ci apprestiamo pertanto, di seguito, a fornire una serie di informazioni riferite sia al presente sia in termini di trend nel tempo, per meglio evidenziare quelle che sono le tendenze evolutive in atto o gli effetti, nel tempo, delle azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi in capo a questa Azienda, con riferimento ai seguenti aspetti:

- i risultati raggiunti e il livello di allineamento di questa Azienda rispetto ai **vincoli di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale** posti al suo agire istituzionale;
- il **contributo e l'impatto** che l'Azienda sanitaria produce **sul territorio di riferimento in termini economici, sociali, culturali e ambientali**;
- i **risultati quali-quantitativi raggiunti** per ciascuno delle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (**assistenza collettiva, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale**) dando conto delle risorse specificamente assorbite dall'erogazione di prestazioni e servizi per ognuno dei tre macrolivelli assistenziali;
- le principali attività avviate concernenti la **ricerca** e la **formazione**;
- l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Le azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi in capo a questa Azienda, e che rendono ragione dei risultati e delle situazioni di seguito descritte, trovano più specifica declinazione nell'ambito del capitolo 3 del presente documento.

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

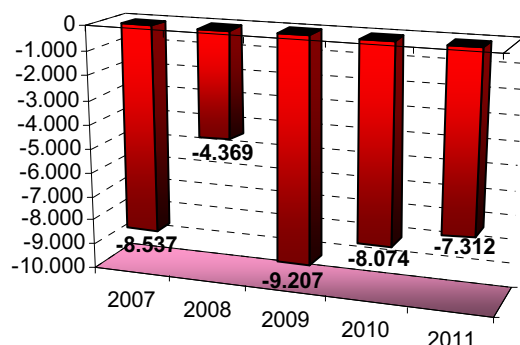
Nella presente sezione vengono presentati i dati e le informazioni atte a delineare i risultati raggiunti e il livello di allineamento di questa Azienda rispetto ai vincoli di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale posti al suo agire istituzionale.

2.1.1 Sostenibilità economica

Il Bilancio 2011 dell'Azienda Usl di Ravenna si chiude con una perdita pari a euro 7,3 milioni. Tale risultato economico si discosta rispetto all'obiettivo regionale assegnato, pari agli ammortamenti non sterilizzati dei beni entrati in produzione entro il 31/12/2007, che, per l'Azienda Usl di Ravenna nell'anno 2011 corrisponde a euro 6,7 milioni.

Va comunque evidenziato che tale risultato è migliorativo rispetto all'obiettivo ministeriale di equilibrio economico-finanziario, così come definito nella riunione congiunta del 24/3/2011 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA, pari agli ammortamenti non sterilizzati dei beni entrati in produzione entro il 31/12/2009, corrispondente ad un importo di euro 8,8 milioni.

Risultato netto d'esercizio (migliaia di €)



Fonte dati: Bilanci d'esercizio Azienda USL Ravenna

Il risultato raggiunto è frutto di diversi fattori, interni ed esterni all'azienda, tra cui il proseguimento nell'attività di governo della crescita dei costi e l'effetto di provvedimenti nazionali e regionali.

La voce di costo che maggiormente ha contribuito al raggiungimento del risultato è quella della farmaceutica convenzionata esterna che, rispetto all'esercizio precedente, ha registrato una riduzione di oltre 6 milioni di euro, anche a seguito dell'introduzione della manovra regionale sui ticket.

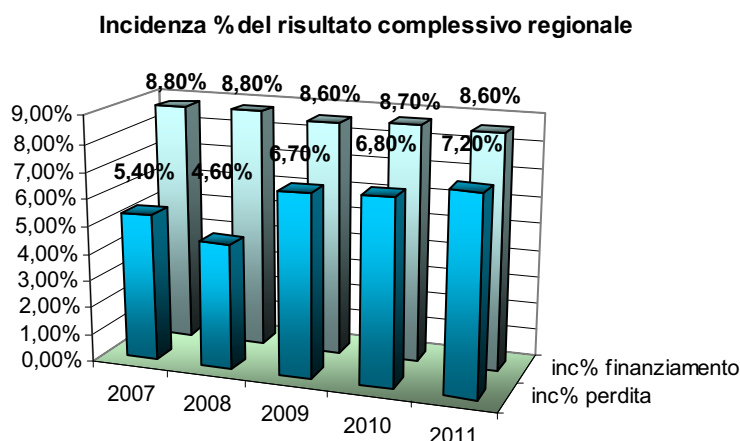
Merita attenzione, sul versante del controllo dei costi, l'andamento registrato rispetto ai servizi tecnici. Rispetto agli esercizi precedenti, tale aggregato mostra un'inversione di tendenza, registrando un decremento circa dell'1%.

Tale risultato positivo deriva, in parte dalla revisione e ottimizzazione dei servizi acquisiti, in parte dall'adesione a convenzioni intercent-ER. Tali risparmi hanno nettizzato gli incrementi dovuti agli adeguamenti delle tariffe agli indici ISTAT ed all'estensione a nuove aree destinate alla produzione di servizi sanitari.

Risultati netti di esercizio / risultati complessivi regionali

Il risultato conseguito nel 2011 è confermato dal grafico che mostra l'incidenza della perdita di questa Azienda rispetto alla perdita complessiva regionale (comprensiva dei risultati delle Aziende Ospedaliere).

Seppur in incremento rispetto all'anno precedente si mantiene comunque inferiore rispetto all'incidenza di questa azienda sul finanziamento complessivo regionale.

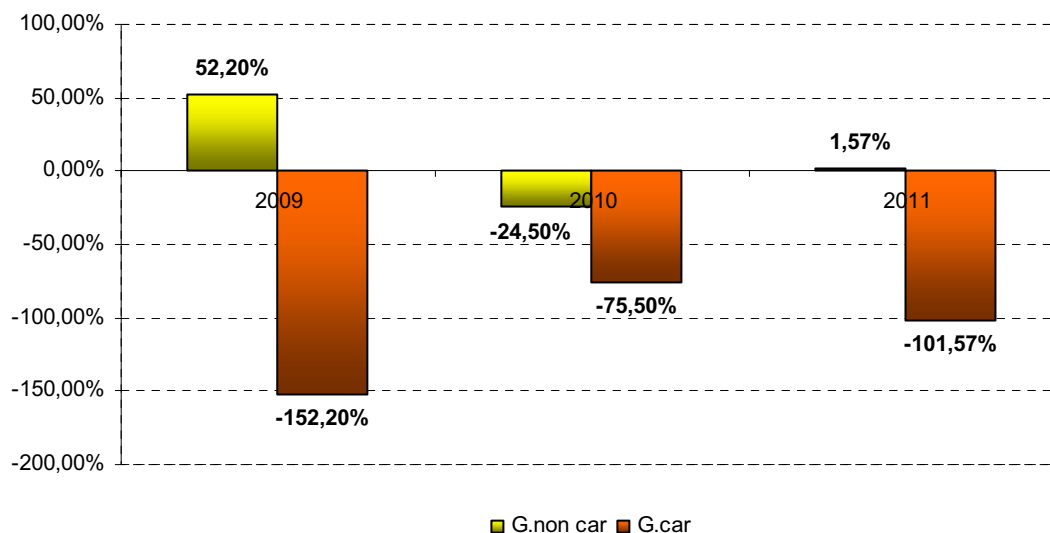


Fonte dati: bilanci d'esercizio Azienda AUSL e conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Incidenza dei risultati delle gestioni caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

A differenza dei due anni precedenti, sul risultato d'esercizio 2011, la gestione non caratteristica non ha praticamente inciso, in quanto i due aspetti finanziario e straordinario hanno pesato per pari importo (circa 4 milioni di euro) in senso negativo la gestione finanziaria per gli oneri relativi, ed in senso positivo il saldo della gestione straordinaria, dovuto principalmente all'esito di transazioni con i fornitori per lo storno di interessi di mora addebitati, nonché per la conclusione positiva di contestazioni su prestazioni sanitarie rese da ospedali privati.

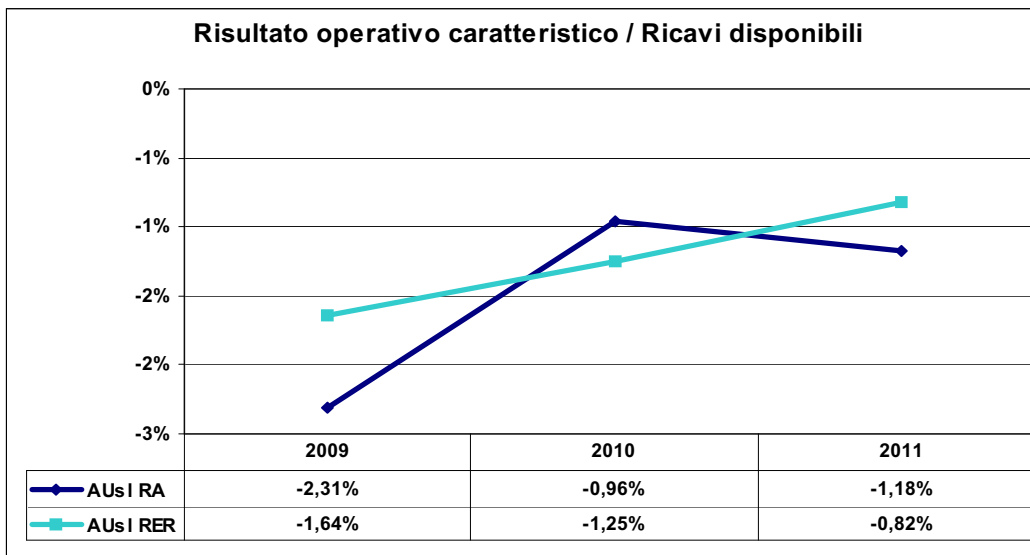
Contributo % gestione caratteristica e non caratteristica alla formazione del risultato di esercizio



Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Risultati della gestione caratteristica (ROC) / ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale

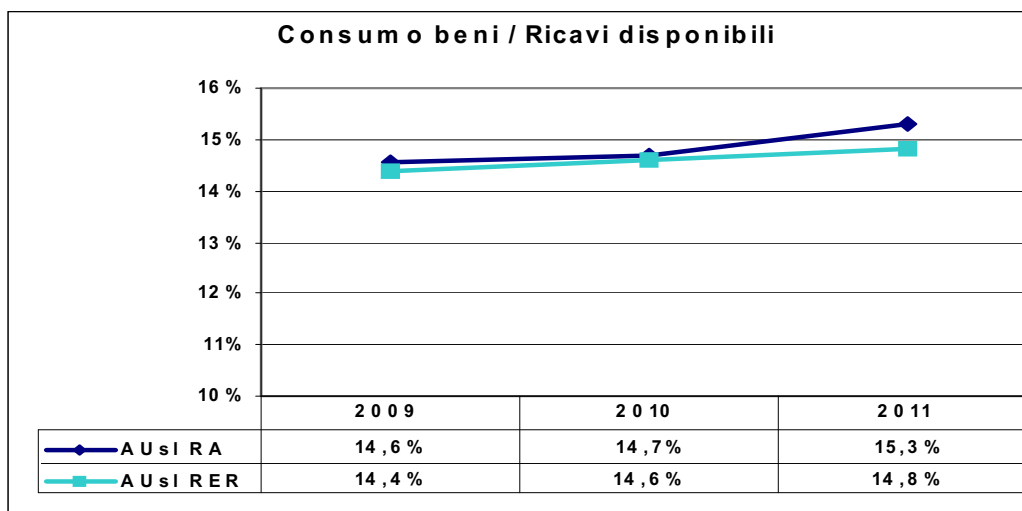
L'azienda non si discosta sostanzialmente dalla media regionale (con riferimento alle aziende regionali che, come quella di Ravenna, non hanno aziende ospedaliere nel proprio ambito territoriale).



Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

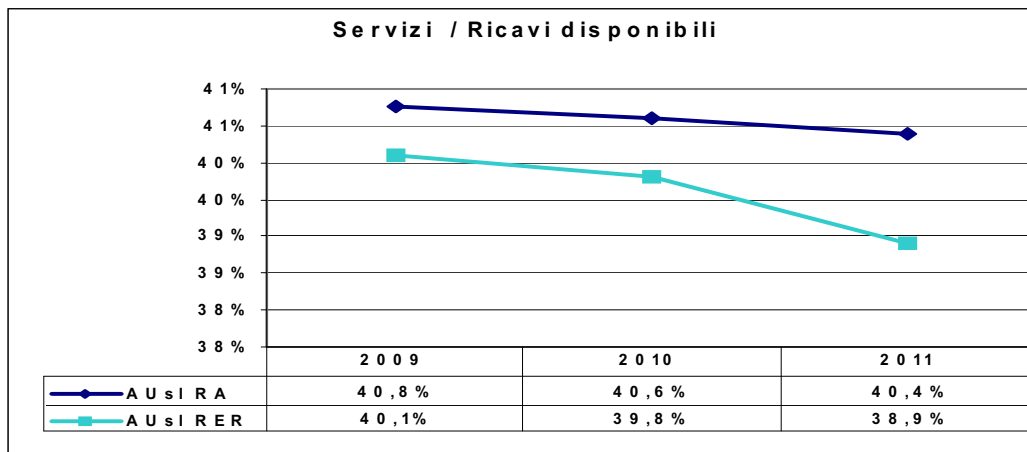
Principali aggregati di fattori produttivi / ricavi disponibili, a confronto con la regione

Per il consumo beni, l'incidenza sui ricavi disponibili è molto simile a quella regionale.



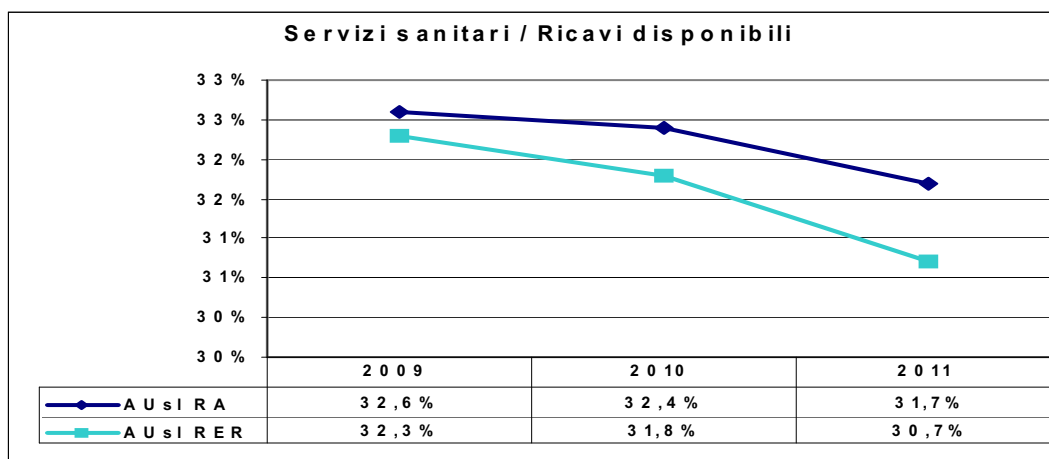
Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

L'incidenza dei servizi sui ricavi disponibili nell'ultimo triennio presenta un trend in calo, nonostante l'incremento dei costi relativi alla specialistica ambulatoriale derivanti dalla fatturazione delle prestazioni prodotte dal Laboratorio Unico e dall'Officina Trasfusionale di AVR.

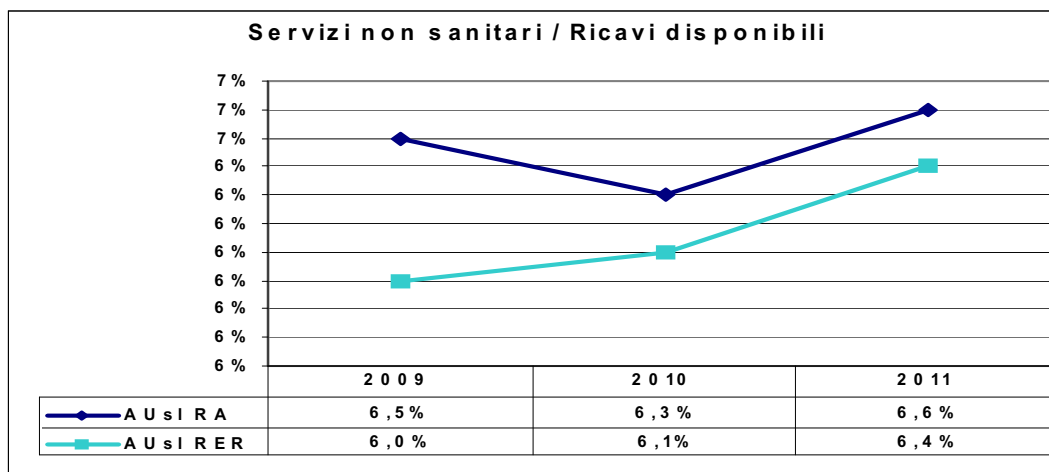


Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Dai grafici seguenti si evince che i servizi sanitari mostrano un trend di calo, anche se inferiore rispetto alla media regionale, mentre i servizi non sanitari, dopo un'ottima performance nel 2010 presentano un trend di crescita pari a quello medio regionale.

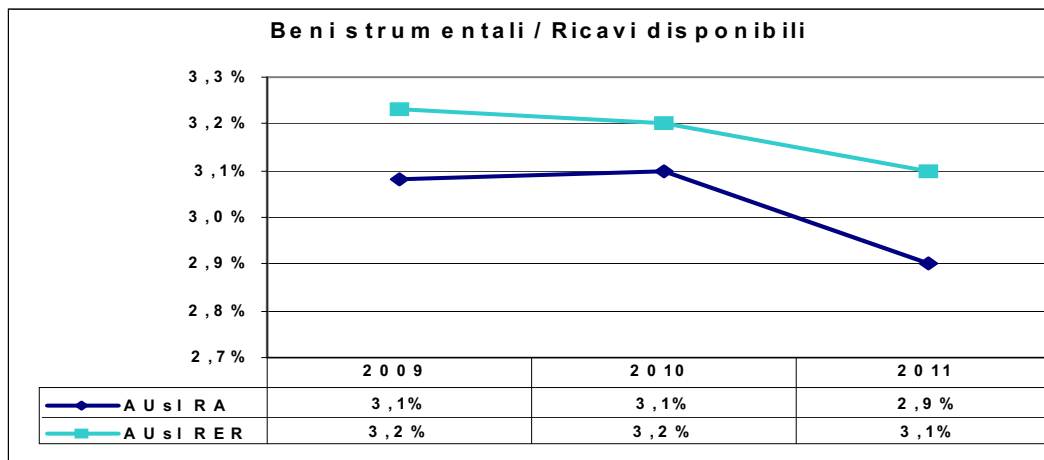


Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna



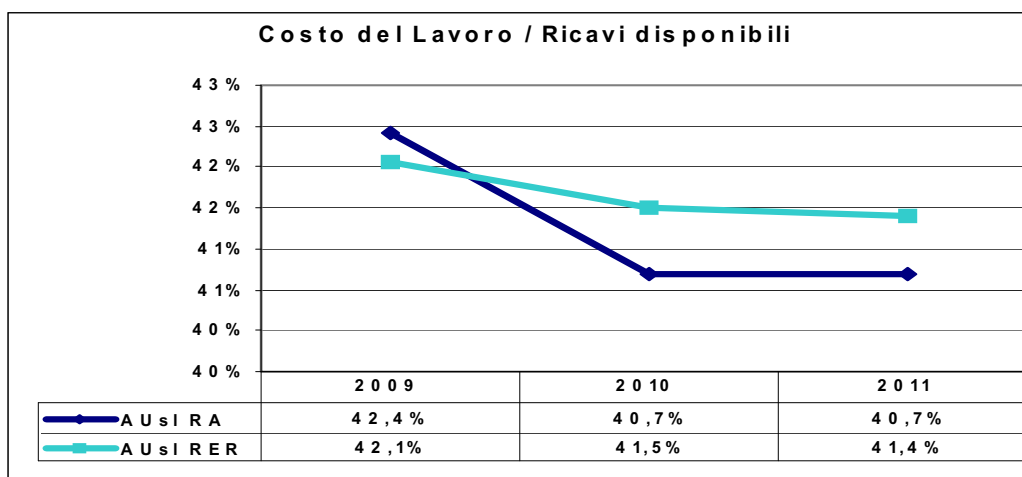
Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

L'aggregato dei beni strumentali comprende ammortamenti non sterilizzati e beni di terzi (leasing, service e noleggi). L'incidenza di tali fattori produttivi sui ricavi disponibili continua a essere inferiore al dato medio regionale.



Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Negli ultimi due anni l'Azienda presenta un risultato migliore rispetto alla media regionale. Tale risultato è stato conseguito pur continuando il processo di internalizzazione che ha comportato l'assunzione di personale (biologi).



Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Composizione percentuale dei costi

La composizione dei costi non ha subito variazioni significative tra l'anno 2010 e l'anno 2011 e risulta sostanzialmente allineato con la media delle Aziende Usl regionali senza azienda ospedaliera nell'ambito territoriale; il dato aziendale presenta un valore migliore per quanto riguarda la voce del personale, mentre per i beni l'Azienda è leggermente superiore.

	2009		2010		2011	
	AusIRa	RER	AusIRa	RER	AusIRa	RER
Beni	14,2%	14,1%	14,5%	14,4%	15,1%	14,7%
Servizi	39,8%	39,5%	40,2%	39,3%	39,9%	38,6%
Personale	41,5%	41,4%	40,3%	41,0%	40,2%	41,1%
Altri costi	4,5%	5,0%	5,0%	5,3%	4,8%	5,6%

Fonte dati: conti economici riclassificati dalla Regione Emilia Romagna

Con riferimento ai costi per la non autosufficienza si riportano i costi sostenuti nell'esercizio 2011, suddivisi nelle principali categorie:

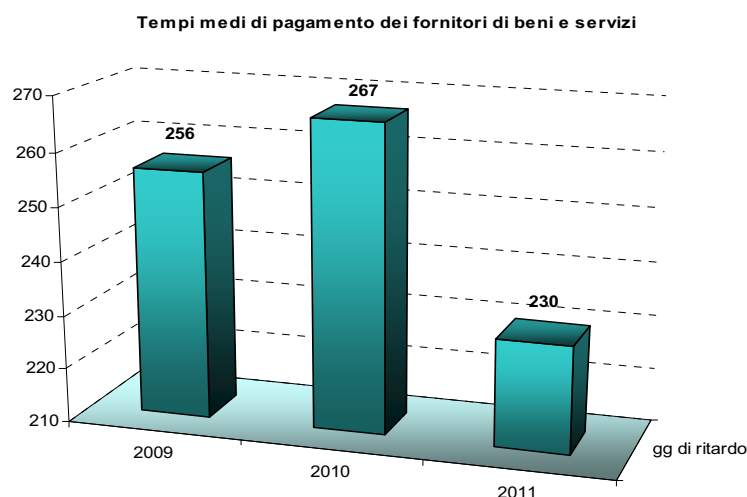
FRNA - Prospetto riepilogativo a fronte delle principali destinazioni d'uso	Anno 2011
FRNA - Oneri a rilievo sanitario e rette	32.967.011
FRNA - Servizi assistenziali	954.423
FRNA - Assegni e contributi	6.222.161
FRNA - Sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo ordinarie	76.356
TOTALE	40.219.951

Fonte dati: bilancio d'esercizio aziendale 2011

2.1.2 Compatibilità Finanziaria

Il rendiconto finanziario di liquidità denominato anche Prospetto Fonti e Impieghi rappresenta la dinamica dei flussi monetari realizzatasi nel corso dell'esercizio per effetto della gestione. Rappresenta, infatti, le modalità di finanziamento degli investimenti e la tipologia di impiego delle fonti finanziarie a disposizione dell'Azienda. Tale prospetto è parte integrante del Bilancio d'Esercizio e ne consente una lettura in chiave finanziaria. In particolare, per l'esercizio 2011, si è partiti con una disponibilità liquida iniziale di – 31.253.191 (anticipazione dall'Istituto Tesoriere), dalla gestione corrente si è avuto un flusso monetario di euro 1.246.581, dalla gestione extracorrente (costituita da investimenti e finanziamenti) si è avuto un contributo positivo di euro 9.114.748 per effetto dell'accensione di un nuovo mutuo. Inoltre, dalla Regione è pervenuto un contributo per ripiano perdite pari ad euro 4.757.390. Tali elementi hanno contribuito nel loro insieme a far sì che le disponibilità liquide finali al 31/12/2011 fossero pari ad euro – 16.134.472, determinando una riduzione nell'anticipazione di Tesoreria.

Durata media dell'esposizione verso i fornitori



Fonte dati: bilancio d'esercizio aziendale 2011

Il grafico evidenzia un miglioramento rispetto al 2010. Rimane comunque un ritardo medio di 140 giorni oltre ai 90 giorni contrattualmente previsti; ciò rappresenta tuttora un forte elemento di criticità per gli elevati oneri finanziari che ne derivano. E' comunque prevedibile che il mantenersi di una situazione di equilibrio di bilancio, uno stringente controllo del ritmo di crescita degli

investimenti, il mantenimento delle attuali dinamiche di trasferimento di cassa regionali e una maggiore celerità nella riscossione dei crediti, soprattutto verso le AUSL della Regione, possano determinare in futuro una minore esposizione verso i fornitori.

2.1.3 Sostenibilità Patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli ultimi tre anni, secondo la riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo sulla base del criterio temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento / finanziamento, viene rappresentato nella seguente tabella. Negli anni 2009 e 2010, a causa delle perdite d'esercizio registrate anche in anni precedenti e pur essendo le stesse in linea con gli obiettivi regionali assegnati e con l'equilibrio economico-finanziario definito a livello ministeriale, il Patrimonio netto viene praticamente azzerato. Nell'anno 2011 a fronte del mancato ripiano delle perdite pregresse il Patrimonio netto diviene negativo. Tale situazione presenta una criticità dal punto di vista della solidità patrimoniale dell'Azienda, in quanto la stessa dovrebbe poter far fronte col proprio capitale agli investimenti di lungo periodo, che altrimenti essendo finanziati con mutui a medio/lungo termine, quando non addirittura coi debiti a breve, genera effetti negativi sulla situazione finanziaria e la liquidità aziendale.

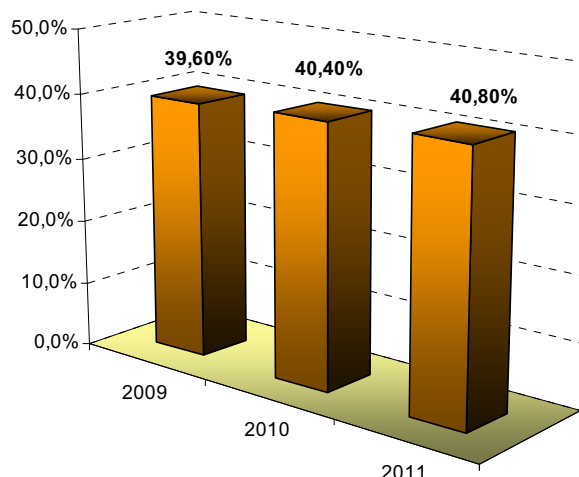
		2009	2010	2011
Attività	Liquidità immediate e differite	39%	40%	43%
	Scorte	3%	2%	2%
	Immobilizzazioni	58%	58%	55%
Passività	Finanziamenti a breve	88%	90%	88%
	Finanziamenti a medio lungo termine	12%	10%	13%
	Patrimonio netto	0%	0%	-1%

Fonte dati: bilanci d'esercizio 2009-2010-2011

Copertura degli investimenti

Il grado di copertura degli investimenti, dato dal rapporto tra contributi in conto capitale ed il valore complessivo delle immobilizzazioni materiali nette, evidenzia ancora una volta come la difficoltà di carattere finanziario dell'Azienda sia storicamente anche da ricondurre ad un apporto insufficiente dei finanziamenti pubblici destinati alla realizzazione dei piani di investimento aziendali.

Copertura degli investimenti con contributi in c/capitale



Fonte dati: bilanci d'esercizio 2009-2010-2011

Anche se non direttamente rilevabile dal grafico, la dinamica finanziaria degli investimenti negli ultimi esercizi risulta ulteriormente appesantita dal mancato ripiano delle quote di perdite d'esercizio riconducibili agli ammortamenti netti

Nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia

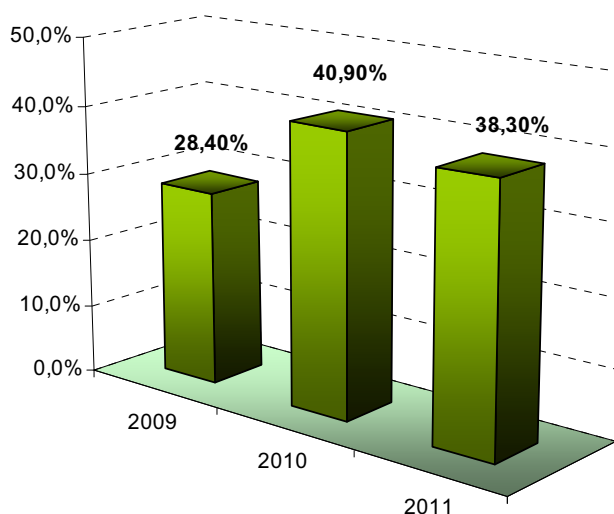
TIPOLOGIA	importo
Immobilizzazioni immateriali	677.271
Terreni	
Fabbricati	11.414.469
Attrezzature sanitarie	1.297.260
Mobili e arredi	515.204
Mobili e arredi di valore artistico	1.880
Attrezzature informatiche	343.372
Automezzi	58.040
Altri beni mobili	181.069
Totale	14.488.565

Fonte dati: bilancio d'esercizio 2011

Copertura dei nuovi investimenti

Coerentemente con il grafico precedente, il grado di copertura dei nuovi investimenti realizzati nell'anno 2011, mostra come l'apporto dei finanziamenti pubblici sia ancora insufficiente e debba essere integrato con fonti di finanziamento proprie (prevalentemente mutui).

Copertura degli investimenti con nuovi contributi in c/capitale



Fonte dati: bilanci d'esercizio 2009-2010-2011

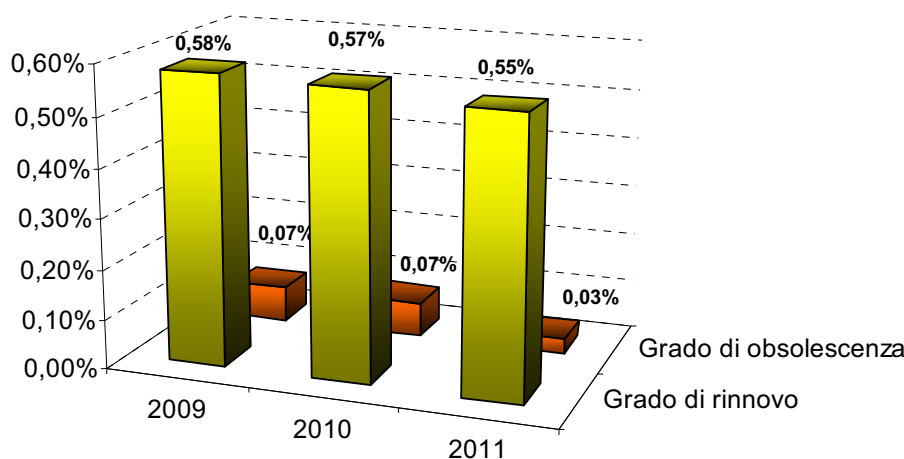
Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

Il grado di obsolescenza è dato dal rapporto fra il valore residuo ed il costo storico delle immobilizzazioni. L'indicatore aziendale si mantiene costantemente su un valore intorno allo 0,55, mentre è considerato tecnicamente ottimale un valore prossimo allo 0,70 che è indice di una continuità nel rinnovo del patrimonio strumentale.

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

L'indicatore misura la propensione dell'Azienda ai nuovi investimenti ed è calcolato quale rapporto tra i nuovi investimenti dell'esercizio e il totale degli investimenti lordi. Come precedentemente

evidenziato, la carenza di finanziamenti in c/capitale e la scarsa disponibilità di fonti finanziarie proprie aziendali, determinano la necessità di ridurre gli investimenti a quelli prettamente necessari a garantire la continuità dei servizi e la sicurezza dell'erogazione degli stessi.



Fonte dati: bilanci d'esercizio 2009-2010-2011

2.2 Impatto sul contesto territoriale

Nello svolgimento della propria attività l'Azienda USL produce un impatto, prevalentemente sul territorio provinciale, che va al di là di ciò che è direttamente connesso con il perseguimento della propria missione aziendale. Obiettivo della presente sezione è proprio quello di delineare il contributo e l'impatto che l'Azienda sanitaria produce sul territorio di riferimento in termini economici, sociali, culturali e ambientali.

2.2.1 Impatto economico

L'impatto economico viene espresso attraverso alcune informazioni volte a delineare il contributo che l'Azienda offre all'economia del territorio, essendo tra le principali realtà economiche presenti nella provincia, sia per numero di soggetti occupati, sia per l'entità dei rapporti di fornitura che producono effetti economici e occupazionali sul territorio.

Occupati in Ausl e occupati nel territorio provinciale (in migliaia)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Occupati in Ausl di Ravenna*	4,5	4,8	4,9	5,0	5,0	4,9
Totale occupati in Provincia di Ravenna **	169	176	175	171	171	
% occupati in Ausl sul totale occupati	2,70%	2,70%	2,80%	2,92%	2,92%	

*Fonte dati U.O. Politiche e Sviluppo Risorse Umane AUSL RA

**Fonte: Istat - Rilevazione forze lavoro (elaborazione Provincia di Ravenna). Il dato 2011 non è disponibile

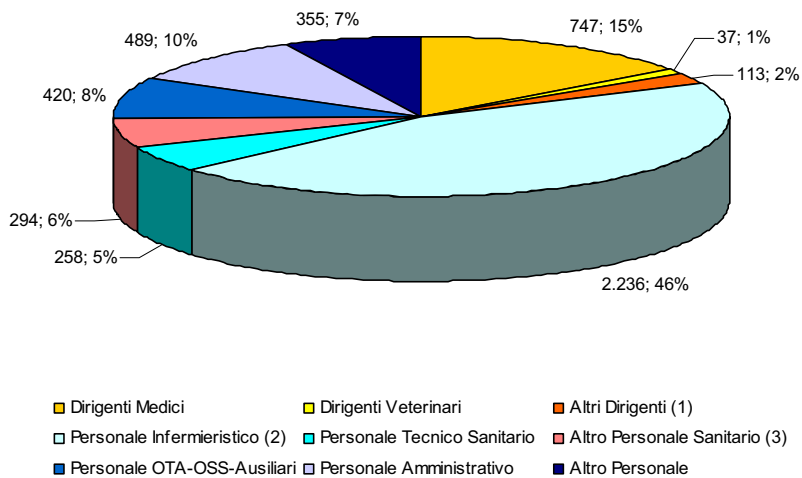
L'incremento progressivo della consistenza organica di questa Azienda registrato nel periodo 2006-2009 si è stabilizzato nel corso del 2011 che, rispetto all'anno precedente, si chiude con una leggera riduzione del numero di dipendenti e con un leggero incremento degli incarichi a tempo determinato.

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	n°	%	n°	%	N°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Di ruolo	4.388	97,4%	4.659	97,2%	4.754	96,6%	4.825	96,9%	4.805	96,5%	4.731	95,6%
Incarico a T.D.	116	2,6%	136	2,8%	169	3,40%	155	3,11%	174	3,49%	218	4,40%
Totale	4.504	100%	4.795	100%	4.923	100%	4.980	100%	4.979	100%	4.949	100%

Fonte dati U.O. Politiche e Sviluppo Risorse Umane AUSL RA

La distribuzione dei dipendenti per ruolo non dimostra variazioni significative rispetto all'anno precedent

AUSL Ravenna anno 2011 distribuzione dipendenti per ruolo

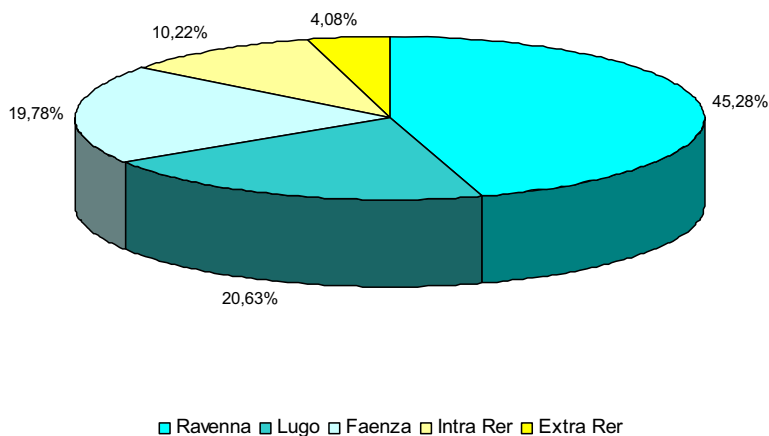


Fonte dati U.O. Politiche e Sviluppo Risorse Umane AUSL RA

- 1) il dato comprende: Dirigenti del ruolo sanitario, professionale, tecnico, amministrativo;
- 2) il dato comprende: infermieri; ostetriche; dietiste; assistenti sanitari;
- 3) il dato comprende: personale della riabilitazione e personale di vigilanza - tecnici della Prevenzione.

Anche nel 2011 Si mantiene pari all'86% la quota di dipendenti di questa Azienda che risiede nei comuni del territorio dell'Azienda stessa.

Distribuzione dipendenti residenti nel territorio Ausl per ambito lavorativo



Fonte dati U.O. Politiche e Sviluppo Risorse Umane AUSL RA

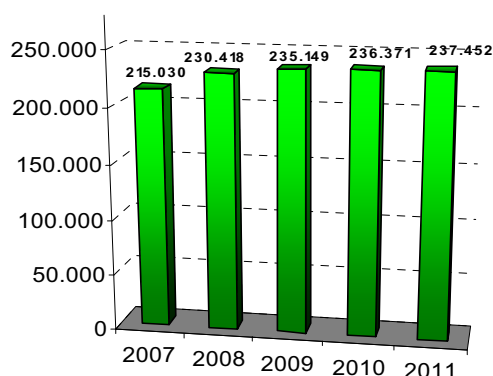
Oltre al personale dipendente, l'Azienda si avvale anche di forme contrattuali flessibili, limitatamente alla necessità di fronteggiare esigenze temporanee, a fronte dell'impossibilità di utilizzare risorse interne. Al 31.12.2011 il ricorso a tali forme contrattuali risulta in linea rispetto all'anno precedenti, essendo in corso un processo di stabilizzazione del precariato, secondo i piani concertati con le OO.SS., in attuazione della Legge Finanziaria e dei protocolli regionali.

Tipologia Contrattuale

Lavoro Autonomo/Borse di Studio	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Co.Co.Co.	21	22	19	11	6	7
Libera Professione	85	89	88	81	65	64
Prestazioni Occasionali	3	0	3	13	3	2
Borse di Studio	3	1	2	3	6	5

Fonte dati U.O. Politiche e Sviluppo Risorse Umane AUSL RA

Volume emolumenti erogati per personale dipendente

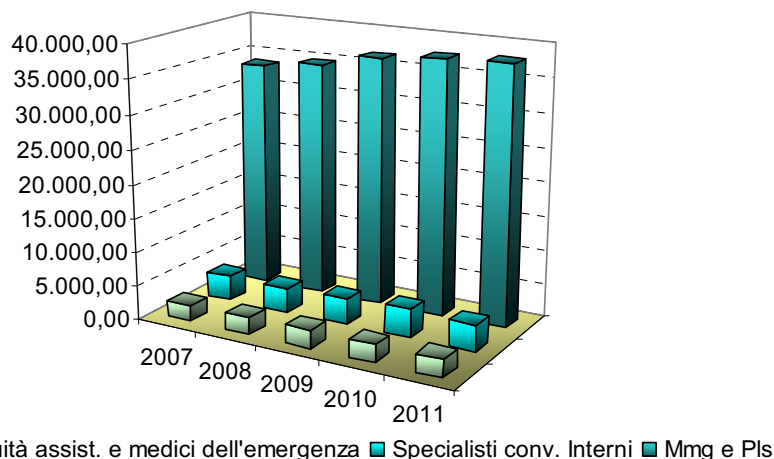


Fonte dati: bilanci d'esercizio Azienda Usl Ravenna

L'incremento negli anni rappresentati nel grafico del costo del personale dipendente, è legato ai processi di internalizzazione e di stabilizzazione, autorizzati dal livello regionale, di diverse figure professionali addette all'assistenza. Fino all'anno 2009 l'incremento è anche dovuto ai rinnovi contrattuali nazionali; dal 2010, l'incremento registrato è limitato all'importo corrisposto a titolo di vacanza contrattuale, come da disposizioni nazionali.

L'incremento degli emolumenti corrisposti al personale convenzionato deriva in larga parte dall'aumento registrato negli anni della popolazione assistita, oltre al riconoscimento di compensi aggiuntivi legati al raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito di Accordi Regionali.

Volume degli emolumenti erogati per personale convenzionato



Fonte dati: bilanci d'esercizio Azienda Usl Ravenna

2.2.2 Impatto Sociale

Nel corso dell'anno 2011 i lasciti, donazioni e contributi complessivamente ricevuti da questa Azienda ammontano a 853.062 euro.

Lasciti, donazioni, contributi

ricevuti da	2009		2010		2011	
	n°	importo	n°	importo	n°	importo
Cittadini	34	62.735	24	49.605	28	96.780
Fondazioni bancarie e altri soggetti	3	27.402	7	115.150	1	20.446
Donazioni di beni strumentali	269	534.352	276	891.737		735.836
TOTALE		626.499		1.058.502		853.062

2.2.3 Impatto culturale

Anche nel corso dell'anno 2011 sono proseguite le attività idonee a dare maggior risalto e visibilità al patrimonio artistico di proprietà dell'AUSL. Gli eventi realizzati sono stati il frutto di una produttiva collaborazione con le istituzioni operanti a livello territoriale Comuni, Fondazioni, Associazioni culturali, Associazioni di volontariato, Soprintendenza per il PSAE, Soprintendenza archivistica ecc... Di seguito si riportano le iniziative di maggior rilievo realizzate.

Sono state organizzate 2 visite guidate nel mese di marzo e novembre, presso la Chiesa di S.Giovanni di Dio e la Sala museale del Presidio Ospedaliero degli Infermi di Faenza, con un'affluenza di 60 persone.

Nell'ambito delle "Giornate FAI (Fondo Ambiente Italiano) di primavera", nel mese di marzo sono state organizzate 10 visite guidate presso l'Oratorio di S.Onofrio di Lugo, coinvolgendo allievi delle Scuole Superiori del Comune di Lugo, col fine di addestrarli in ciceroni per l'occasione.

Presso l'Hospice Corelli Grappadelli di Lugo sono stati programmati concerti a cadenza quasi settimanale offerti della Scuola Malerbi di Lugo. Sempre nella stessa struttura si sono tenuti due altri concerti entrambi offerti dai ragazzi della scuola media Gherardi di Lugo, uno in aprile per festeggiare la Pasqua ed uno in dicembre per festeggiare il secondo anno di esistenza dell'Hospice.

E' proseguito anche nel 2011 il progetto "Spazio musica" delle U.O. di Ematologia e di Oncologia del Presidio di Ravenna, presso le quali sono stati organizzati 8 concerti.

Nella cittadina di Faenza si è contribuito ad organizzare il concerto di Natale eseguito dagli allievi della Scuola di Musica Sarti, la quale con i proventi ha donato dei libri al reparto di Pediatria dell'Ospedale di Faenza.

2.2.4 Impatto ambientale

Anche nel corso dell'anno 2011 è proseguito l'impegno e l'attenzione al contenimento/controllo dei consumi energetici e di acqua, alla gestione dei rifiuti e gli interventi volti alla promozione di una mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti di questa azienda.

Consumi energetici. Nel 2011, l' Azienda USL di Ravenna ha aderito alle convenzioni di Intercent-Er per la fornitura di energia elettrica e gas metano.

AUSL RA	Energia elettrica				Gas			
	2010	2011	11 vs 10	%	2010	2011	11 vs 10	%
Consumi (kwh/mc)	26.906.715,69	28.478.547,22	1.571.831,53	5,84	5.729.514	5.807.270,26	77.756,26	1,36
spesa in €	4.083.116	4.614.444,79	531.328,79	13,01	3.855.423	3.852.319,09	- 3.103,92	- 0,08

Fonte dati Ausl Ravenna

Nell'ambito degli interventi volti a favorire l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale si citano le seguenti iniziative:

Produzione energetica: nell'anno 2011 è stato sottoscritto apposito accordo con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Ingegneria, Dipartimento di Ingegneria delle Costruzioni Meccaniche Nucleari Aeronautiche e di Metallurgia(DIEM). Detto accordo si pone quale obiettivo lo sviluppo di attività di ricerca ed analisi, tecnica ed economica, sull'approvvigionamento energetico e sugli impianti produttivi dell'AUSL di Ravenna finalizzato all'efficienza, al risparmio ed allo sviluppo sostenibile. Nell'ambito del predetto rapporto è attualmente in fase di analisi un intervento sul sistema energetico del Presidio ospedaliero di Lugo per realizzare un impianto di tri-generazione (fluido caldo, fluido freddo ed energia elettrica) a beneficio del Presidio stesso e dell' Amministrazione Comunale di Lugo .

Tetti e facciate: progetto per la manutenzione straordinaria delle coperture e della facciata Sud dell'edificio storico dell'ospedale di Ravenna (Blocco 2); l'intervento prevede anche la posa di coibentazione sottocoppo, di spessore 12 cm, per il tetto, per un totale di circa 3.150 m², e la realizzazione di una coibentazione a capotto, di spessore 10 cm, della facciata per un totale di circa 3.800 m².

Dipartimento di salute mentale: SERT - progetto secondo i principi di ecosostenibilità (in fase costruzione, esercizio e smaltimento) di un edificio da adibire a Servizio Tossicodipendenze, avente, come integrazione delle fonti primarie, il pannello solare fotovoltaico e termico. Questo edificio sarà realizzato in classe energetica A. Superficie coperta circa 1.300 m². CSM (Centro Salute Mentale) progetto per manutenzione straordinaria dell'edificio esistente, che prevede l'integrazione termica con pannello solare termico; miglioramento delle prestazioni termoigrometriche delle partizioni verticali (pareti e finestre) con realizzazione con sistema a capotto delle pareti esterne per un totale di 985 m² e sostituzione dei serramenti. Superficie coperta circa 1.600 m².

Nuovo edificio DEA: particolare attenzione è stata dedicata al sistema di illuminamento interno dell'edificio; in particolare, per le stanze di degenza è previsto un sistema di variazione dell'intensità dell'illuminamento interno, in funzione dell'illuminamento naturale dall'esterno; nei depositi e nei bagni per l'utenza le accensioni delle luci sono comandate da rilevatori di presenza temporizzati.

Applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici. L'Unità Operativa attività tecniche nella predisposizione nei documenti di gara per la realizzazione/manutenzione straordinaria di proprie strutture ha indicato fra i criteri di valutazione anche "il contenimento dei consumi energetici e delle risorse ambientali". Nello specifico rivolgendo particolare attenzione alle caratteristiche di isolamento termico dell'involucro edilizio, la sostenibilità ambientale dei materiali.

Gestione dei rifiuti. La continua vigilanza sul corretto smaltimento dei rifiuti insieme all'utilizzo di materiali riciclabili ha portato per il 2011 ad una ulteriore riduzione. Una attenta valutazione del rifiuto da parte del personale ha favorito lo smaltimento del rifiuto nell'urbano (indifferenziato) e nel differenziato (dove si trovano i rifiuti riciclabili come carta, vetro, plastica). Anche per i rifiuti urbani si è registrata una riduzione rispetto al 2010.

RIFIUTI	2010	2011	Delta% 11vs10
Speciali	595.467	582.214	-2,22
Differenziati	554.732	498.795	-10,08
Urbani	830.808	731.800	-11,91

Fonte dati Ausl Ravenna

- Mobilità sostenibile. Nel corso del 2011 si è provveduto ad elaborare il censimento degli autoveicoli di proprietà della AuslRa , specificando per autoveicolo la data di immatricolazione ,il numero di targa, i cavalli fiscali, il tipo di alimentazione, la classe Euro, i km percorsi ed i litri consumati. Si è inoltre provveduto ad effettuare una ricerca di mercato per acquisire un software necessario per gestire,elaborare ed implementare il piano degli spostamenti casa lavoro inerente i dipendenti della AuslRa. Tale ricerca di mercato è stato effettuata in collaborazione con i mobility manager delle aziende Usl di Area Vasta. Il programma consente di predisporre i dati propedeutici alla elaborazione del piano di mobilità del personale dipendente. Il software individuato unico per le Ausl di Area Vasta consentirà di procedere alla elaborazione del piano spostamento casa lavoro dei dipendenti. IL personale incaricato ha partecipato alle riunioni plenarie regionali ed alle attività dei gruppi tematici di appartenenza.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

In questa parte del documento si ci prefigge di delineare il profilo dell'Azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio sanitario nazionale:

- assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale, compresa la salute mentale;
- assistenza ospedaliera.

2.3.1 Informazioni di natura economica-finanziaria-patrimoniale

Il costo procapite complessivo aziendale registrato nell'anno 2010 (ultimo dato disponibile al momento della stesura del presente documento) si assesta a 1.792,17 €, con uno scostamento del +1,6% rispetto alla media Regionale e con un incremento del +0,8% rispetto al costo procapite registrato nell'anno 2009, rispetto a un incremento medio regionale del +1,2%.

Si conferma pertanto l'andamento già registrato negli ultimi anni in termini di maggior contenimento dell'incremento dei costi rispetto alla media regionale con tendenziale allineamento dei costi procapite: alla luce dei risultati conseguiti nell'esercizio 2010, il differenziale rispetto al costo procapite medio regionale si è progressivamente ridotto: 110 € in più per singolo abitante era il

differenziale che caratterizzava questa Azienda rispetto al valore medio regionale nel 2004, nel 2010 il differenziale si è ridotto a 27 € (dal 7,6% in più nel 2004 all'1,6% in più nel 2010).

Costo pro-capite ponderato dell'Ausl di Ravenna vs. quello medio regionale

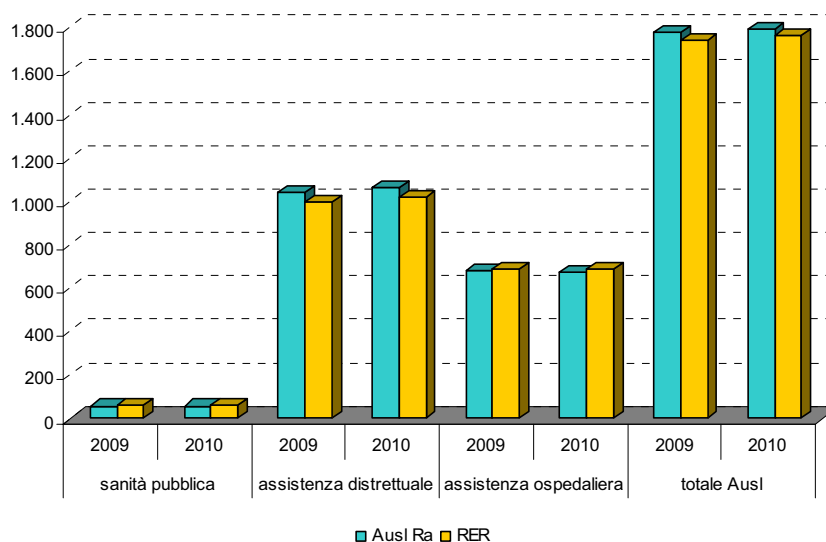
Anno	Costo procapite		
	Ausl Ra	RER	delta% vs RER
2004	1.566,26	1.455,63	7,6%
2005	1.604,83	1.522,57	5,4%
2006	1.667,16	1.595,27	4,5%
2007	1.697,61	1.650,92	2,8%
2008	1.746,78	1.693,83	3,1%
2009	1.777,29	1.742,73	2,0%
2010	1.792,17	1.764,47	1,6%
2011			

Fonte dati RER

Analizzando la composizione del costo procapite per livello di assistenza, i dati relativi all'anno 2010 dimostrano un sostanziale mantenimento del differenziale rispetto alla Regione per la sanità pubblica (da -3,42% del 2009 a -3,46% nel 2010), un lieve incremento per l'assistenza distrettuale (il differenziale passa da +4,19% del 2009 a +4,41% nel 2010), ed una riduzione per l'assistenza ospedaliera (da -1,01% del 2009 a -2,43% del 2010).

Anche per il 2010 rimane ancora un significativo differenziale di spesa fra il costo procapite per assistenza distrettuale sostenuto da questa Azienda per i propri cittadini rispetto a quello sostenuto mediamente dalle altre aziende della Regione Emilia-Romagna (1.063,97 € verso 1.019,0 € con un delta pari a 44,94 € procapite).

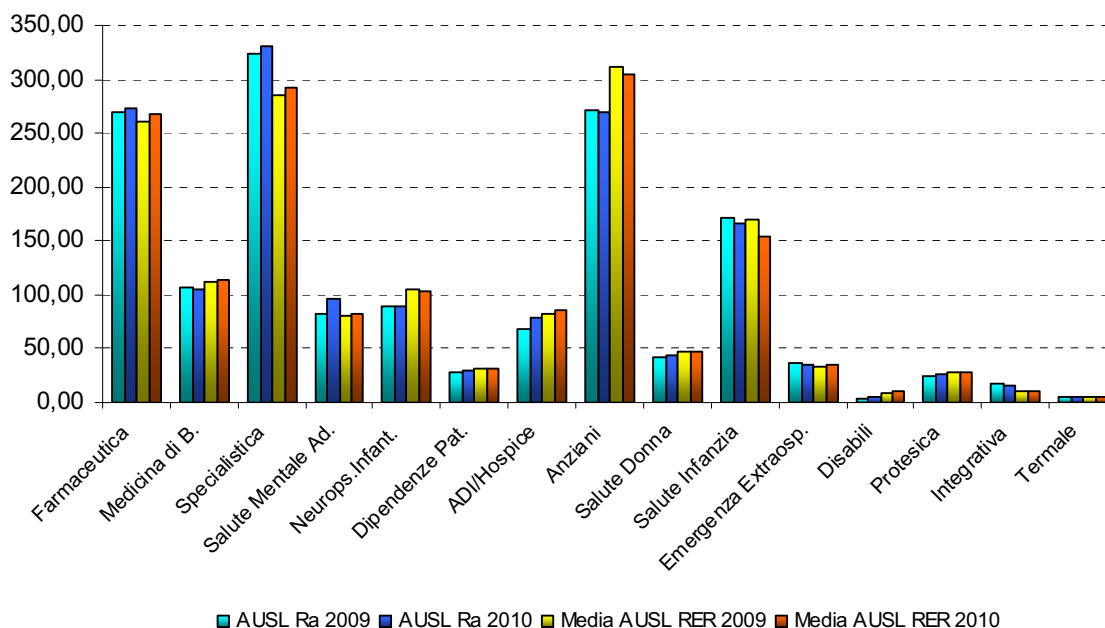
Costi pro-capite per livello di assistenza



Fonte dati RER

La composizione della spesa dell'assistenza distrettuale nei diversi sub livelli per l'Ausl di Ravenna e per la media delle Aziende della Regione Emilia Romagna per gli anni 2009 e 2010 viene descritta nel grafico sottostante.

Composizione spesa procapite assistenza distrettuale (al netto FRNA)



Fonte dati modello CoA RER anno 2010

2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Screening Oncologici

Nel corso del 2010 l'avanzamento dei programmi in termini di progressione delle chiamate, ha visto un incremento del 17% per lo screening cervicale, un sostanziale mantenimento per lo screening del colon-retto (-1%) ed un sensibile calo del 14,5% (sostanzialmente in linea con il decremento Regionale) per lo screening mammario. Per quanto riguarda l'estensione di quest'ultimo screening alle nuove fasce, l'Ausl di Ravenna è in sensibile ritardo rispetto alla media regionale per la fascia 45-49 anni, in quanto l'intervento attivo su questa fascia è iniziato solo nel marzo 2011, mentre è sostanzialmente in linea per la fascia 70-74 anni.

Per quanto riguarda l'adesione si è registrato un calo del 4,4% per lo screening cervicale (anche in questo caso sostanzialmente in linea con il decremento Regionale), un incremento del 5,8% per lo screening mammario ed un fisiologico calo del 14,9% per lo screening del colon-retto che riporta la percentuale di adesione della Ausl di Ravenna, sempre molto elevata, più in linea con quella media regionale.

Screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto - Indicatori di attività.

		% avanzamento del programma			% adesione all'invito		
		2009	2010	delta	2009	2010	delta
collo dell'utero	Ausl RA	104,8	122,7	17,08%	68	65	-4,41%
	RER	101,2	106,4	5,14%	61,9	60	-3,07%
mammella	Ausl RA	94,1	80,4	-14,56%	75,5	79,9	5,83%
	RER	102,6	90,4	-11,89%	73,2	72,9	-0,41%
colon-retto	Ausl RA	104,9	103,8	-1,05%	63,8	54,3	-14,89%
	RER	92,1	102,6	11,40%	51,5	53,1	3,11%

Fonte - Servizio Sanità Pubblica RER (dati survey Osservatorio Nazionale Screening)

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2010

	% avanzamento del programma		% adesione all'invito	
	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni
Ausl RA	14,1	46,2	99,2	73,9
RER	66,5	49,0	62,7	65,6

Fonte - Servizio Sanità Pubblica RER (dati survey Osservatorio Nazionale Screening)

Coperture vaccinali

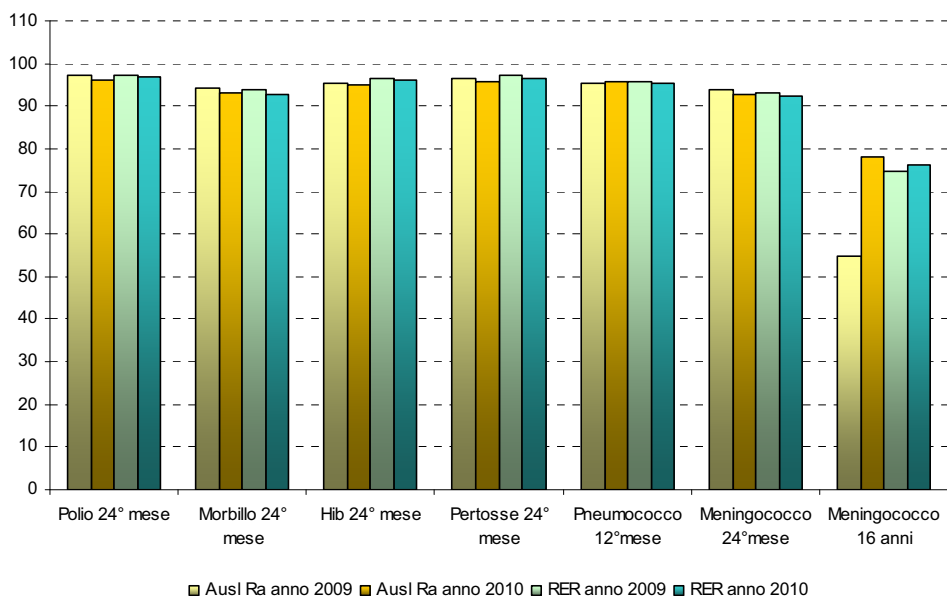
- *Copertura vaccinale nell'infanzia* Nel 2010 si è registrata una riduzione, seppure di lieve entità, dei tassi di copertura per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale, in alcuni casi con valori al di sotto di quelli medi regionali.

Nel 2010 il tasso di copertura per le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi mostra un lieve calo, fenomeno registrato anche nel dato regionale che dal valore del 2009 pari al 97,1% passa a quello pari al 96,4%.

Buona è stata l'adesione all'offerta attiva e gratuita a tutti i nuovi nati delle vaccinazioni antipneumococco. Per quanto riguarda la vaccinazione antimeningococco C, somministrata a 13-15 mesi assieme a MPR, il tasso di copertura evidenzia, nel 2010, una lieve diminuzione peraltro in linea con il dato regionale che registra analoga diminuzione.

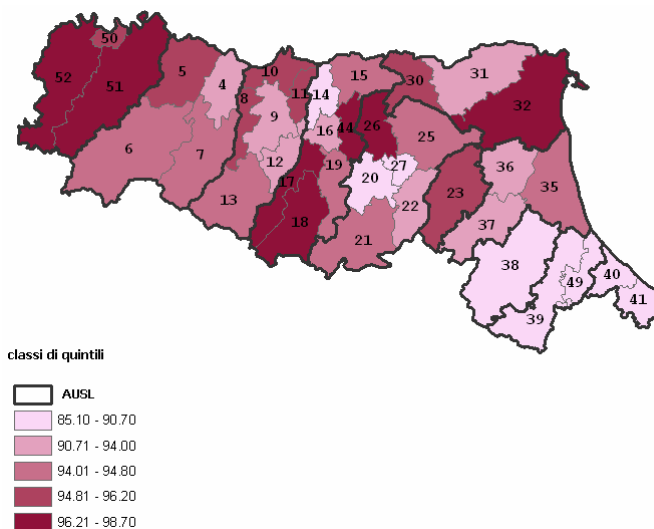
Con riferimento agli adolescenti si evidenzia che la copertura per la rosolia nelle ragazze di 13 anni è livemente ridotta rispetto al 2009, passando da un'immunità pari al 98,3% al 97,8% del 2010.

Altro dato positivo è il miglioramento progressivo della copertura antimeningococco negli adolescenti registrato in questi anni. Si è passati dal 48,5% per la coorte dei nati nel 1992 al 54,8% per i nati nel 1993 e, nell'anno 2010, al 78,1% per la coorte dei nati 1994.

Tasso di copertura vaccinale per alcune malattie (%)

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

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.



- Campagna vaccinale anti HPV

Nell'ambito della campagna anti HPV, per quanto riguarda le ragazze nate nel 1997 – coorte target della campagna su invito – raggiunte con almeno una dose nel corso del 2010, si è realizzata una copertura pari al 81,9% (con 1 dose), 81,2% (con 2 dosi) e 79,9% (con 3 dosi).

Per le ragazze nate nel 1998, a cui si estende la campagna su invito, la copertura raggiunta è pari a 81,1(1 dose), 79,8 (2 dosi) e 76,2 (3 dosi)

Per le ragazze nate nel 1999 la copertura registrata è pari al 76,2% (1 dose), 73% (2 dosi) e 36,9% (3 dosi) essendo quest'ultime ancora in chiamata nel corso dell'anno 2011.

Per incentivare l'adesione all'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV, oltre alla realizzazione di specifiche iniziative formative per i Pediatri di Famiglia e per i Medici di Medicina generale, si è provveduto ad inviare a domicilio, assieme all'invito vaccinale, materiale informativo sui benefici della vaccinazione.

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-1999 distinte per Azienda Usl al 30/06/2011

	Coorti di nascita					
	1997		1998		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 RA	81,8	79,9	81,1	76,2	76,2	36,9
RER	77,9	74,5	76,3	71,9	72,0	52,4

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana

Nella campagna vaccinale 2011-2012 la percentuale di anziani vaccinati è lievemente aumentata, rispetto all'anno precedente attestandosi sul valore medio regionale.

Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale per 100 abitanti di età oltre 64 anni

Campagna vaccinale	AUSL Ravenna	Regione	Scostamento RA-RER
2009-2010	73,3	73,0	0,3
2010-2011	61,7	63,3	-1,4
2011-2012	64,0 (1)	64,6 (1)	-0,6

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

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

(1) dato al 9.5.2012 (sono ancora in corso controlli di qualità)

Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro

Nell'ambito della **vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro**, il livello di copertura territoriale si è mantenuto costante nel 2011 rispetto al 2010 in quanto sono state controllate oltre il 9% delle aziende del territorio.

Percentuale di aziende controllate su esistenti

	2009			2010			2011		
	a)	b)	c)	a)	b)	c)	a)	d)	e)
Ausl Ra	4,8	5,4	7,9	5,0	5,7	8,4	5,1	5,8	9,5
RER	5,3	6,0	8,8	5,8	6,6	9,6	5,7	6,5	10,5

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

a) confronto con i dati fonte ISTAT

b) confronto con le PAT 2006 totali fonte INAIL

c) confronto con le PAT 2006 > 0 dip e > 1 artig. fonte INAIL

d) confronto con le PAT 2010 Totali fonte INAIL

e) confronto con le PAT 2009 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL

Tra i comparti a maggior rischio controllati, vi sono le attività portuali e l'agricoltura. In questo ultimo settore, vi è un netto incremento degli interventi, passando da 7 a 30, centrando così pienamente l'obiettivo di copertura indicato dalla Regione in tale comparto e contribuendo adeguatamente all'obiettivo regionale previsto dal PRP 2010-2012.

Anche l'edilizia, quale comparto con alto rischio di infortuni e peraltro a grande occupazione di mano d'opera, è stato oggetto di un mantenimento dell'attività del livello di vigilanza, controllando 345 cantieri, pari all'11,7% di quelli risultanti attivi nel territorio. Grazie al rilevante lavoro svolto dall'Unità operativa Impiantistica Antinfortunistica in controlli mirati alla regolarità degli impianti elettrici, si è sfiorato, complessivamente il numero di 500 cantieri controllati, al di sopra delle indicazioni regionali e con una conseguente copertura di quelli esistenti pari a circa il 17%.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. cantieri controllati	186	217	216	369	359	345
% sugli esistenti	8,22	9,95	9,21	13,76	11,51	11,7

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

La rilevante attività investigativa su infortuni e malattie professionali (decisamente superiore a quella mediamente praticata nelle altre AUSL della Regione) e un'ingente attività non ispettiva sul rischio amianto, distogliendo risorse per le ispezioni "preventive", può avere influito, anche

nell'anno in corso, sul numero non rilevante di prescrizioni effettuate a carico delle imprese e sulla non elevata percentuale di aziende sanzionate rapportata a quelle controllate. Entrambi questi parametri, tuttavia, sono in netto aumento rispetto al 2010.

Unità Locali controllate con numero prescrizioni

	esistenti fonte ISTAT	PAT totali 2010 fonte INAIL (*)	PAT 2009 fonte INAIL (**)	Anno 2010		Anno 2011	
				controllate	prescrizioni	controllate	prescrizioni
RA	31.682	27.834	16.949	1.591	171	1.602	196
RER	389.231	342.571	213.470	22.342	4.055	22.369	3.357

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

PAT Totali 2010 (*): Posizioni Assicurative Territoriali totali, di Industria e Servizi estratte dall'archivio INAIL (Nuovi Flussi Informativi 2011)

PAT 2009 (**): Posizioni Assicurative Territoriali di Industria e Servizi estratte dall'archivio Nuovi Flussi Informativi INAIL 2011. Il totale delle PAT comprende quelle residenti attive al 31/12/2009, con almeno un dipendente (o addetto speciale) oppure almeno due artigiani

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate (indice di violazione)

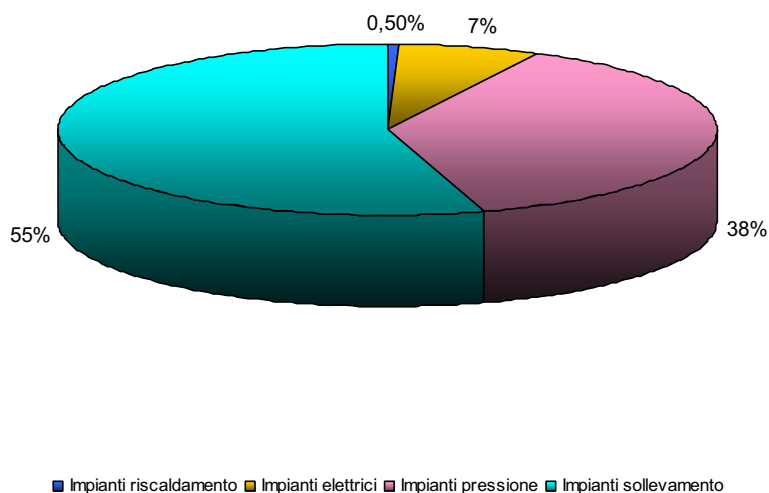
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RA	27,7	24	25,1	19,5	13,8	16,1	13,7	11,6	10,7	12,2
RER	22,6	22,0	20,7	23,7	24,2	27,4	23,4	15,4	17,2	15,0

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

Impiantistica antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro

Nel 2011 stati controllati globalmente 6.550 impianti: 3.611 impianti di sollevamento, con particolare riguardo per il settore edile e per gli impianti collocati sulla banchina portuale; 2.458 apparecchi in pressione e generatori di vapore, soprattutto quelli utilizzati dalle aziende a rischio di incidente rilevante; 34 impianti di riscaldamento, molti dei quali funzionanti nelle scuole; 447 impianti elettrici, tra cui quelli dell'Azienda Usl di Ravenna.

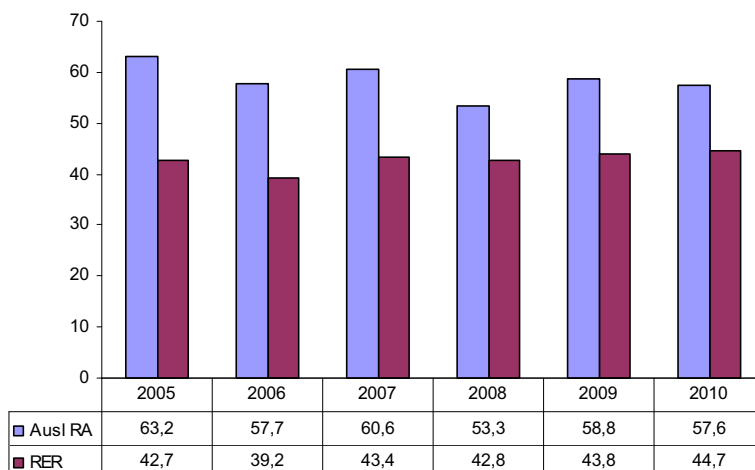
Composizione delle attività di verifica, anno 2011.



Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Il numero degli impianti elettrici controllati nei cantieri edili al fine di ridurre il rischio di folgorazione nel settore delle costruzioni è stato di 150 anche nel 2011.

Percentuale di verifiche periodiche su apparecchi in scadenza nella Regione Emilia Romagna e nella provincia di Ravenna. Anni 2005-2010 (Dati forniti dall'Assessorato Politiche per la Salute)



Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

Nel corso del 2011 sono stati notificati 2.033 casi di malattie infettive a fronte dei quali sono state eseguite 496 inchieste epidemiologiche con 900 persone intervistate.

Tramite il sistema di segnalazione rapida (Alert) sono stati comunicati alla Regione 69 eventi epidemici ed eventi sentinella: tra questi un caso sospetto di colera, 26 casi di morbillo e 13 casi sospetti di West Nile Disease successivamente non confermati.

Il report annuale sull'andamento delle malattie infettive nel territorio è stato pubblicato sul n. 5 della collana aziendale "Argomenti".

Allo scopo di aumentare l'attenzione dei clinici nei confronti delle malattie infettive vengono annualmente pubblicate e spedite tramite posta elettronica ai Medici di medicina generale e agli operatori sanitari ospedalieri 4 newsletter monotematiche, che riportano anche il report trimestrale sull'andamento delle notifiche delle malattie più significative.

Sicurezza alimentare: Controlli sulla produzione primaria, sugli allevamenti e sulle industrie alimentari.

Piani di sorveglianza e monitoraggio. In base al piano regionale di campionamento per i controlli microbiologici e chimici, al sistema di sorveglianza sulla presenza di micotossine negli alimenti ed ai piani regionali per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari e di OGM nell'alimentazione umana, nel 2011 sono stati prelevati complessivamente 378 campioni di alimenti, di cui solo 2 sono risultati irregolari.

Altri 836 campioni di alimenti di origine animale sono stati prelevati nell'ambito del Piano Nazionale Residui (PNR), con il riscontro di 6 irregolarità.

È proseguito inoltre il controllo della qualità delle acque destinate al consumo umano, con il prelievo di 783 campioni dalle fonti di approvvigionamento, dagli impianti di potabilizzazione e dalle reti acquedottistiche di distribuzione.

Nell'ambito del Piano Nazionale di sorveglianza sull'alimentazione degli animali (PNAA) sono stati eseguiti 190 campionamenti, di cui 1 ha dato esito non regolamentare.

Piani di sorveglianza e monitoraggio

	anno 2010		anno 2011	
	N. campioni prelevati	N. campioni irregolari	N. campioni prelevati	N. campioni irregolari
Piano regionale alimenti (controlli microbiologici e chimici)	103	0	97	0
Piano micotossine	123	2	45	0
Piano regionale fitosanitari	222	1	214	2
Piano OGM	17	0	6	0
Piano Nazionale Residui (PNR)	654	10	836	6
Controllo acque potabili	1.341	0	783	1
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	251	3	190	1

Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Le allerta alimentari. Nel 2011 sono stati gestiti 101 sistemi di allerta: i rischi segnalati con maggior frequenza hanno riguardato la presenza di micotossine, corpi estranei, microrganismi potenzialmente patogeni (*Listeria* e *Salmonella*), residui di prodotti fitosanitari, allergeni non dichiarati in etichetta.

Le principali irregolarità sono state riscontrate in prodotti a base di carne e di latticini, frutta secca proveniente dall'estero, prodotti ittici, cereali e derivati

Sistemi di allerta

	anno 2010		anno 2011	
	Segnalati da Regione/Ministero	Attivati da AUSL di Ravenna	Segnalati da Regione/Ministero	Attivati da AUSL di Ravenna
Prodotti di origine non animale	53	0	50	0
Prodotti di origine animale	79	7	45	3
Mangimi e farmaci per uso zootecnico	10	1	6	6

Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Controllo delle aziende alimentari.

Controlli sugli alimenti di origine non animale. Nel 2011 sono state controllate 1.707 aziende (pari al 20% delle 8.584 strutture esistenti), in 427 delle quali sono state riscontrate non conformità. La percentuale di aziende irregolari (25%) continua a mantenersi inferiore alla media regionale (33,4%). Le irregolarità riscontrate più frequentemente sono relative all'igiene generale (prerequisiti); nei piccoli esercizi di somministrazione e di produzione artigianale si sono evidenziate spesso carenze nell'applicazione dei sistemi di autocontrollo. Le non conformità rilevate hanno per lo più comportato la prescrizione degli adeguamenti necessari e solo in 2 casi sono state riscontrate condizioni tali da richiedere l'adozione di un provvedimento di sospensione dell'attività fino al ripristino dei requisiti minimi previsti dalle normative di settore.

Aziende controllate, anno 2011

	aziende esistenti	aziende controllate	% aziende controllate	aziende irregolari	% aziende irregolari
AUSL Ra	8.584	1.707	20,0	427	25,0
RER	72.921	17.336	23,7	5.784	33,4

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

Nell'ambito del comparto ristorazione viene garantito annualmente il controllo di tutte le 140 strutture che producono e somministrano pasti per collettività con utenze sensibili (bambini, anziani, malati) e di oltre il 25% dei 1.757 ristoranti e dei 1.152 bar, localizzati in prevalenza sul litorale con attività per lo più stagionale e potenzialmente a rischio di MTA (malattie trasmesse da alimenti) in considerazione del numero elevato di frequentatori durante l'estate.

Per quanto riguarda le aziende del settore della trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti di origine non animale ogni anno vengono controllati tutti gli stabilimenti di produzione a carattere industriale e circa 1/3 delle attività di produzione artigianale (laboratori di pasta fresca, pasticcerie, gelaterie, ecc.).

Anno	Aziende di ristorazione controllate.						Aziende del settore alimenti di origine non animale (trasformazione, lavorazione, confezionamento) controllate.					
	% aziende controllate			% aziende irregolari			% aziende controllate			% aziende irregolari		
	Ausl Ra	Regioni	Δ RA-RER	Ausl Ra	Regioni	Δ RA-RER	Ausl Ra	Regioni	Δ RA-RER	Ausl Ra	Regioni	Δ RA-RER
2007	38,6	32	6,6	22,7	28,6	-5,9	30,1	31,3	-1,2	23,5	28	-4,5
2008	36,8	30,8	6	16,8	32,8	-16	28,6	29,5	-0,9	17,8	31,8	-14
2009	31,6	27,7	3,9	20,1	27,5	-7,4	26,6	30,4	-3,8	29,3	31,9	-2,5
2010	30,1	24,5	5,6	19,9	30,4	-10,5	30,6	32	-1,4	37,4	39,4	-2
2011	25,4	26,4	-1	26	34,3	-8,3	26,1	31	-4,9	26,7	37,6	-10,9

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

Controlli sugli alimenti di origine animale. Nel corso dell'anno 2011 i controlli ufficiali hanno riguardato complessivamente 802 impianti con 6.023 accessi ispettivi. In particolare l'assistenza medico veterinaria finalizzata alla determinazione di commestibilità delle carni fresche nei 5 macelli industriali del territorio provinciale ha comportato 2.754 accessi.

Le attività produttive minori, rappresentate da caseifici aziendali annessi agli allevamenti, dalla vendita del latte crudo, dalla produzione e vendita diretta in azienda di miele e di uova, è stata oggetto di 224 accessi in 65 attività di agriturismo, laboratori aziendali, spacci aziendali per vendita diretta dal produttore al consumatore e aziende agricole.

Controlli sugli allevamenti e sicurezza degli alimenti di origine animale. I dati di attività sotto riportati, aggregati per filiera di specie, rendono conto del volume di attività del 2011 e registrano la totale copertura dei controlli sulle strutture della Provincia con una media di accessi/allevamento che ha consentito non solo di individuare precocemente i focolai di malattia denunciabile ma anche di contribuire a raggiungere valori regionali nei controlli tali da mantenere il riconoscimento sanitario di territorio libero da patologie a valenza socio-economica.

Controlli sugli allevamenti

	2010					2011				
	Allevamenti esistenti	Capi	Accessi totali	%allevamenti controllati	accessi medi/allevamento	Allevamenti esistenti	Capi	Accessi totali	%allevamenti controllati	accessi medi/allevamento
Bovini ed ovicapri	685	16.239	1.799	100	2,63	654	15.952	1.673	100	2,56
Avicunicoli, selvaggina, suini ed equini	1.165	3.618.028	4.945	100	4,25	1.150	3.582.000	3.098	100	2,07

Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Andamento dell'attività di controllo ufficiale negli allevamenti nell'ultimo quadriennio

	2008	2009	2010	2011
Sopralluoghi effettuati	8.929	8.856	8244	7452
Numero Allevamenti	1.882	1.890	1744	1804
Sopralluoghi per allevamento	4.74	4.68	4.72	4.2

Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Particolare attenzione viene posta anche all'attività di acquacoltura in mare. A tale scopo viene mantenuto un sistema di controllo ufficiale che prevede il campionamento di molluschi e di acqua a diverse profondità nei siti d'allevamento in mare aperto e in Pialassa con frequenze settimanali. In caso di irregolarità l'AUsl di Ravenna emette provvedimenti di divieto alla raccolta per il consumo umano diretto e intensifica i controlli allo scopo di consentire il più rapido ripristino dello sfruttamento degli allevamenti non appena siano superate le condizioni di rischio per la salute. Nel 2011 sono state gestite in tal modo 15 irregolarità.

Molluschicoltura	2008	2009	2010	2011
Ispezioni mare e Pialassa	76	84	89	87
Campioni di molluschi	386	491	411	423
Provvedimenti adottati per irregolarità	24	17	17	15

Fonte: Servizio Sanità Pubblica Ausl Ravenna

Controlli della filiera Mangimistica. Nel corso del 2011 si è conclusa sul territorio della nostra provincia l'applicazione del *piano nazionale di sorveglianza e vigilanza sanitaria sull'alimentazione degli animali 2009-2011* ed è proseguita la revisione dell'anagrafe delle strutture portando un ulteriore aggiornamento della Banca Dati Regionale.

Si è provveduto inoltre, in aderenza con quanto disposto dal Reg. CE 882/04, a mantenere aggiornata la classificazione, in base al rischio sanitario, dei mangimifici, dei depositi portuali, delle industrie alimentari che destinano i loro sottoprodotti all'alimentazione animale.

2.3.3 Assistenza distrettuale

Si riportano di seguito dati e informazioni atte a descrivere i livelli di assistenza garantiti, le caratteristiche dell'offerta e i risultati raggiunti con riferimento particolare ai diversi livelli assistenziali in cui si articola l'assistenza distrettuale:

- Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili
- Assistenza domiciliare e interventi a sostegno della domiciliarità
- Hospice – rete delle cure palliative
- Assistenza a persone con problemi di salute mentale e con dipendenze patologiche
- Consultori familiari
- Assistenza ai minori
- Assistenza odontoiatrica
- Assistenza farmaceutica (convenzionata e ospedaliera)
- Assistenza specialistica ambulatoriale

rinviano sempre al capitolo 3, una più approfondita analisi dell'attività complessivamente svolta nell'ambito dell'assistenza distrettuale.

Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili

Anziani e Disabili. L'offerta di posti letto residenziali e semiresidenziali nel territorio provinciale, al 31/12/2010, è pari rispettivamente a 29,4 e 7,4 per mille abitanti ultra 74enni sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente. Negli ultimi anni la struttura dell'offerta per posti residenziali si è progressivamente allineata ai valori medi regionali; rimane invece ancora superiore alla media regionale l'offerta per posti semiresidenziali.

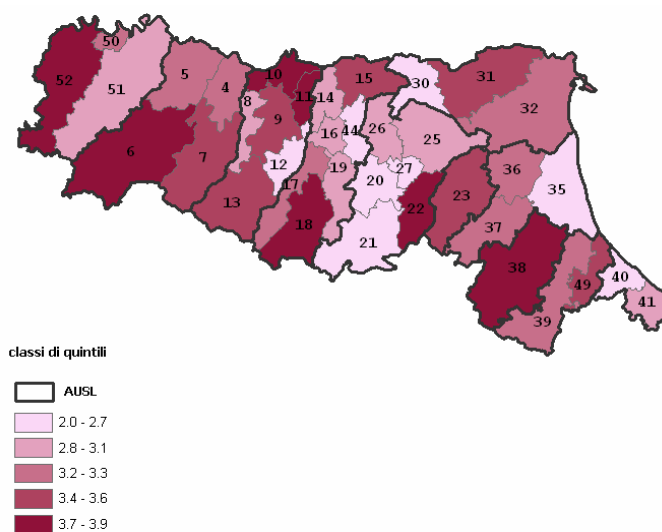
Posti residenziali e semiresidenziali convenzionati e tasso per 1000 anziani non autosufficienti.

		posti semi res (c.diurno)	posti residenziali	popolazione e al 31.12	p.l. semi res x 1000 ab.	p.l. res x 1000 ab.	popolazione e >74 anni	p.l. semi res x 1000 ab.>74	p.l. res x 1000 ab.>74
2009	FAENZA	96	351	88.004	1,09	3,99	11.391	8,43	30,81
	LUGO	103	473	103.136	1	4,59	14.402	7,15	32,84
	RAVENNA	165	585	198.368	0,83	2,95	22.861	7,22	25,59
	ASL RA	364	1.409	389.508	0,93	3,62	48.654	7,5	29
	RER	2.967	15.440	4.377.473	0,68	3,53	505.088	5,9	30,6
2010	FAENZA	111	369	88.634	1,25	4,16	11.517	9,64	32,04
	LUGO	93	470	103.619	0,9	4,54	14.654	6,35	32,07
	RAVENNA	165	623	200.205	0,82	3,11	23.638	6,98	26,36
	ASL RA	369	1.462	392.458	0,94	3,73	49.809	7,4	29,4
	RER	3.085	15.689	4.432.439	0,7	3,54	516.944	6	30,3

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie e flusso Assistenza residenziale e semi-residenziale anziani (FAR)

Nel 2010 l'offerta risulta lievemente meno disomogenea fra i tre Distretti dell'Azienda rispetto agli anni precedenti.

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.



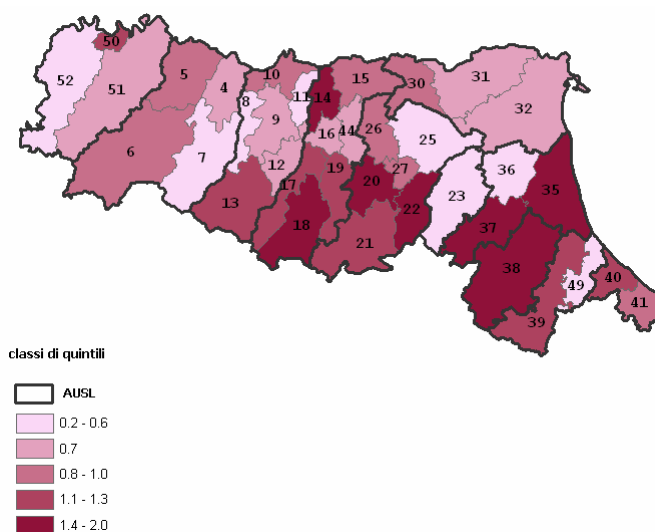
La tabella sottostante evidenzia il dettaglio dei p.l. dedicati ai portatori di handicap

Posti letto per portatori di handicap per Distretto

	ANNO 2009					ANNO 2010				
	POPOL.	RESIDENZIALI		SEMI - RESIDENZIALI		POPOL.	RESIDENZIALI		SEMI - RESIDENZIALI	
		POSTI	PL X 1.000 AB.	POSTI	PL X 1.000 AB.		POSTI	PL X 1.000 AB.	POSTI	PL X 1.000 AB.
Faenza	88.004	67	0,8	132	1,5	88.634	67	0,8	132	1,5
Lugo	103.136	52	0,5	60	0,6	103.619	52	0,5	60	0,6
Ravenna	198.368	61	0,3	254	1,3	200.205	129	0,6	280	1,4
Ausi Ra	389.508	180	0,46	446	1,15	392.458	248	0,6	472	1,2
RER	4.377.473	1.915	0,44	3.885	0,89	4.432.439	2.090	0,5	3.991	0,9

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie

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



Gravi disabilità acquisite. Rispetto all'anno precedente nel 2011 si assiste ad un incremento sensibile dei pazienti in carico, che risulta superiore, per tutte e tre le tipologie assistenziali, all'incremento complessivo regionale, mentre risulta sostanzialmente invariata la distribuzione per classi di età

	RAVENNA			TOTALE REGIONALE		
	2010	2011	scarto %	2010	2011	scarto %
totale pazienti in carico	77	107	38,96%	1.238	1.312	5,98%
pazienti in carico con assistenza domiciliare	43	62	44,19%	552	712	28,99%
pazienti con assegno di cura	48	54	12,50%	560	587	4,82%
pazienti in residenza assistenziale	28	34	21,43%	466	470	0,86%

Fonte: Banca dati GRAD e ADI, Regione Emilia-Romagna

Assistenza Domiciliare e Interventi a sostegno della domiciliarità

Assistenza Domiciliare Integrata. Rispetto all'anno precedente nel 2011 si assiste ad un ulteriore incremento dei pazienti assistiti legato soprattutto all'aumento di pazienti in carico all'assistenza

infermieristica ed associato ad una flessione dei pazienti a componente assistenziale socio-sanitaria anche si mantengono sempre ampiamente superiori alla media regionale.

Distribuzione delle TAD per tipologia di assistenza domiciliare (valori assoluti e percentuali)

	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Associazioni no profit		Assistenza Socio-Sanitaria		Totale	
	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%
ANNO 2010										
RAVENNA	3.498	35,6	5.092	51,8	0	0	1239	12,6	9.829	100
REGIONE	70.082	55,6	49.778	39,5	1.702	1,4	4.471	3,5	126.033	100
ANNO 2011										
RAVENNA	3.202	32,67	5.584	56,97	0	0	1.016	10,37	9.802	100
REGIONE	62.516	53,99	48.398	41,79	1.363	1,18	3.522	3,04	115.799	100

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna

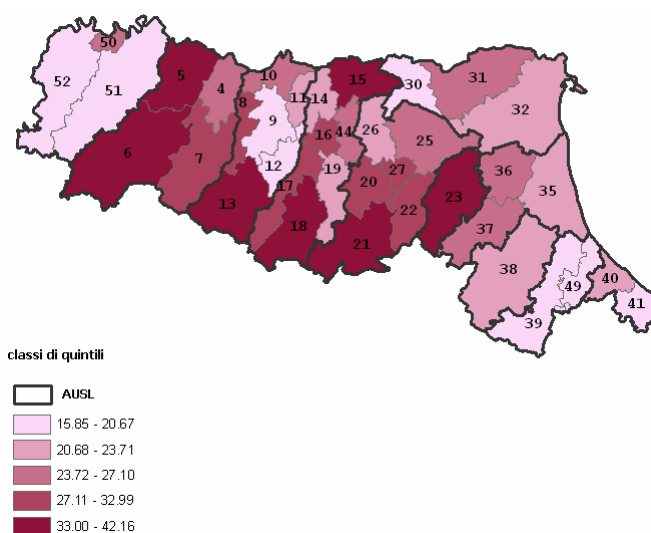
Rispetto agli anni precedenti, anche nel 2011 persiste l'inversione di tendenza nella distribuzione delle TAD per livello di assistenza rispetto all'andamento regionale: infatti calano sensibilmente i casi a bassa intensità, aumento altrettanto sensibilmente i casi a media intensità, con lieve flessione dei casi ad alta intensità sanitaria.

Distribuzione delle TAD per livello di assistenza (valori assoluti e percentuali)

	BASSA INTENSITÀ		MEDIA INTENSITÀ		ALTA INTENSITÀ		NON DEFINIBILE		TOTALE	
	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%	N. TAD	%
ANNO 2010										
RAVENNA	3.014	30,7	5.908	60,1	907	9,2	0	0	9.829	100
REGIONE	76.338	60,6	34.505	27,4	15.190	12,1	0	0	126.033	100
ANNO 2011										
RAVENNA	2.777	28,33	6.276	64,03	749	7,64	0	0	9.802	100
REGIONE	71.966	62,15	30.502	26,34	13.331	11,51	0	0	115.799	100

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna

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



Assegni di cura anziani (DGR 1377/99 e successivi). Le tabelle sottostanti riportano l'offerta dell'intervento relativo agli assegni di cura e dei contributi aggiuntivi per assistente familiare nell'ambito dei tre Distretti Sanitari dell'AUSL di Ravenna e della Regione Emilia Romagna. Nel 2011, tale offerta, si dimostra sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente considerando il dato provinciale ma in incremento relativo rispetto all'andamento regionale.

N°anziani beneficiari di assegno di cura distribuiti per livello assistenziale e distribuzione contributi aggiuntivi per assistente familiare

	ASSEGNI DI CURA							CONTRIBUTI PER ASSISTENTE FAMILIARE			
	LIVELLO ASSISTENZIALE							N° assegni	N° tot. mesi	Spesa (in 1.000 di €)	% assegni sul tot.
	Elevato		Alto		Medio		Totale				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°				
2010											
Ravenna	375	40,58	511	55,3	38	4,11	924	372	1.728	276	22,85
Lugo	163	17,43	585	62,5	187	20	935	347	1.443	231	21,42
Faenza	223	32,18	436	62,91	34	4,91	693	331	1.570	251	31,29
Provincia	761	29,82	1.532	60,03	259	10,15	2.552	1.050	4.741	758	24,38
Regione	4.454	20,8	14.062	65,67	2.896	13,53	21.412	6.595	43.071	6.891	22,19
2011											
Ravenna	353	37,59	567	60,38	19	2,02	939	414	2.092	315	26,42
Lugo	190	20,26	558	59,49	190	20,26	938	388	1.557	230	22,48
Faenza	236	34,91	407	60,21	33	4,88	676	293	1.470	215	30,52
Provincia	779	30,51	1.532	60,01	242	9,48	2.553	1.095	5.119	760	25,75
Regione	3.684	20,74	11.805	66,47	2.270	12,78	17.759	6.817	40.152	6.424	27,16

(Fonte : Banca dati SMAC RER)

Dimissioni protette Il loro numero per l'Azienda USL di Ravenna è in leggera flessione nel 2011 rispetto all'anno precedente legata alla contemporanea riduzione del numero di ricoveri, infatti la percentuale delle dimissioni protette sul totale dei ricoveri si dimostra incrementata. Come nel 2010 la frequenza maggiore degli interventi effettuati nel 2011 riguarda pazienti ricoverati nei reparti internistici quali medicina generale, lungodegenza, geriatria e sono rivolti a pazienti anziani.

Dimissioni Protette al Domicilio (numero e % sul totale dei ricoveri)

	N°dimissioni protette			% dimissioni protette sul totale ricoveri		
	anno 2010	anno 2011	Δ% 11 vs 10	anno 2010	anno 2011	delta 11 vs 10
Ravenna	901	985	9,3%	3,19	4,6	44,2%
Lugo	674	473	-29,8%	4,86	4,3	-11,5%
Faenza	681	628	-7,8%	5,35	6,4	19,6%
AUSL RA	2.256	2.086	-7,5%	4,11	4,9	19,2%
RER	9.757	10.022	2,7%	1,4	1,46	4,3%

Fonte dati SDO

Nella tabella successiva vengono rappresentate le prese in carico per la dimissione protetta effettuata dal PUA nelle diverse Unità Operative ospedaliere per l'anno 2011, mentre l'intervento domiciliare di tipo sociale come previsto dalla normativa regionale è posto a carico del Fondo Regionale per la non Autosufficienza.

La discordanza dei dati sulle dimissioni protette rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) rispetto a quelli effettuati dal PUA dipende dalla necessità di migliorare la compilazione delle SDO al momento della dimissione ospedaliera. I dati PUA rappresentano le dimissioni protette al domicilio attuate effettivamente nel territorio. E' in corso il miglioramento della

compilazione delle SDO. La rilevazione dei dati PUA evidenzia per l'anno 2011 una performance stabilmente buona in relazione al numero di interventi effettuati.

Attività 'Punto Unico di Accesso' (PUA) per le dimissioni protette dall'ospedale al domicilio, anno 2011

	Tot. Segnalazioni delle UU.OO ospedaliere al PUA	Presenza in carico come dimissione protetta al domicilio anno 2011			Altre tipologie di dimissione o presa in carico assistenziale		
		Sanit.	Sociale	San. / Soc	Totale	UVG	Altro *
Ravenna	2.771	1.017	131	146	1.294	402	1.075
Lugo	777	304	118	202	627	16	134
Faenza	1.348	302	212	199	713	189	446
Provincia	4.896	1.623	461	550	2.634	607	1.633

Fonte dati PUA Ausl Ravenna *Altro = non dimessi/trasferiti ad altra U.O.; deceduti; segretariato sociale.

Ricoveri di sollievo alla famiglia nelle strutture sociosanitarie residenziali. La tabella sottostante evidenzia che tali interventi nel corso del 2011 sono in flessione rispetto all'anno precedente.

RICOVERI DI SOLLIEVO suddivisi per Distretto

	n° ricoveri	GG. di ricovero	Tempo medio per ricovero gg.
anno 2010			
RAVENNA	76	1.867	25
FAENZA	93	2.504	27
LUGO	126	3.309	26
AUSL	295	7.680	26
Anno 2011			
RAVENNA	53	1.248	24
FAENZA	80	1.911	24
LUGO	85	2.228	26
AUSL	218	5.387	25

Fonte dati AUSL (Servizio per la non autosufficienza – Dipartimento Cure Primarie)

Consultorio Demenze e Centri di Ascolto Demenza. La tabella sottostante evidenzia che gli interventi del Consultorio Demenze e Centri di Ascolto Demenza nel corso del 2011 sono in incremento rispetto all'anno precedente.

Programma Demenze: Azienda UsI di Ravenna

	Anno 2010	Anno 2011	Δ% 11 vs 10
attività sanitaria			
N° prime visite	2.066	2.287	10,7%
N° pazienti in follow up	2.001	2.205	10,2%
N° visite di controllo	3.890	4.148	6,6%
attività non farmacologica			
N° pazienti colloqui con care giver)	483	562	16,4%
N° colloqui psicologici	857	1.149	34,1%
N° pazienti (riabilitazione cognitiva)	258	328	27,1%

Fonte dati Servizio Anziani Ausl Ravenna

Hospice – Rete delle cure palliative

Nel 2011 nell' Azienda Usl di Ravenna sono presenti 2 Hospice :

- Hospice Ospedaliero Aziendale "Benedetta Corelli Grappadelli", attivo dal 10-12-2009 collocato nel Presidio Ospedaliero di Lugo, dotato di 10 posti letto.
- l'Hospice Territoriale Villa Agnesina, attivo dal 12.2.2010, dotato di 15 posti letto, situato nel Distretto Sanitario di Faenza.

Tale dotazione ha consentito, anche nel 2011, di aumentare in termini assoluti il numero di ricoveri a carico dei residenti di questa Azienda, riducendo contemporaneamente in termini relativi i ricoveri presso altre strutture della Regione Emilia Romagna.

Hospice: numero di posti letto, dimessi e degenza media

	Posti letto	dimessi	degenza media	% deceduti sul totale dei dimessi
Anno 2010				
Hospice Lugo (**)	8	23	31,3	73,9
Hospice Ospedaliero Lugo (*)	10	126	23,3	80,2
Hospice Faenza (***)	15	108	29,4	86,1
Regione	241	3.935	18,8	73,6
Anno 2011				
Hospice Ospedaliero Lugo	10	185	17,6	87,6
Hospice Faenza	15	127	34,9	77,2
Regione	248	4.100	18,65	74,93

Fonte: Banca dati regionale Hospice (*) aperto dal 7 dicembre 2009 (**) chiuso agosto 2010 (***) aperto 12 febbraio 2010

Dimessi dagli Hospice e % di decessi per Presidio di ricovero e Distretto di residenza, Indice di dipendenza * 100.000 abitanti -

		RAVENNA			LUGO			FAENZA			RAVENNA AUSL		
		dimes si	Indice di dip.	%dece ssi	dimes si	Indice di dip.	%dece ssi	dimes si	Indice di dip.	%dece ssi	dimes si	Indice di dip.	%dece ssi
2010	Altri Hospice RER	28	41,3	57,1%	5	4,7	40,0%	8	7,2	62,5%	41	14,6	56,1%
	Hospice Osp.Lugo	35	51,5	80%	80	75,5	78,8%	8	7,2	100%	123	43,2	80,5%
	Hospice Faenza	4	5,9	100%	2	1,9	100%	95	85,6	86,3%	101	35,4	87,1%
	Hospice Lugo	1	1,5	100%	19	17,9	78,9%	.	.	.	20	7	80%
2011	Altri Hospice RER	31	33,3	54,8	10	6,7	20%	6	5,7	33,3	47	13,5	44,7%
	Hospice Osp.Lugo	47	50,5	93,6	136	91,3	85,3%	.	.	.	183	52,6	87,4%
	Hospice Faenza	15	16,1	86,7	3	2	66,7%	100	94,3	77	118	33,9	78%

L'indice di dipendenza della popolazione esprime, percentualmente, a quali strutture una popolazione si rivolge per l'assistenza in Hospice.

Fonte: Banca dati Regionale SDHS (Hospice) - a cura del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

Salute Mentale

Il tasso di ospedalizzazione dell'SPDC nel 2011 si è mantenuto sostanzialmente stabile, da precisare però che tale tasso è comprensivo anche dei ricoveri a carico dei pazienti residenti in altre aziende della Regione (per uniformità di criteri con il dato disponibile a livello regionale). In calo il numero dei TSO.

Salute mentale – Tasso di ospedalizzazione e % TSO

	% TSO/Ricoveri			Tasso d'ospedaliz.x 10.000 ab		
	2010	2011	Δ %11vs10	2010	2011	Δ % 11vs10
Ravenna	14,5	12	-2,5%	17,3	17,9	0,6%
Regione	15,7	15,1	-0,6%	15,3	15,3	0,00%

Fonte: Archivio regionale SDO

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

Nel 2011 prosegue l'impegno verso il processo di deistituzionalizzazione degli utenti psichiatrici dalla tutela dei servizi attraverso l'acquisizione di un ruolo valido nella società: sono stati attivati 121 percorsi lavorativi supportati (41 nella Cooperazione e 80 come inserimenti lavorativi).

Il confronto tra le giornate lavorative del 2010 e del 2011 ha evidenziato una maggiore permanenza dell'utente nel ruolo lavorativo pari all' 8,5%.

Nell'anno 2009 i posti letto residenziali e semiresidenziali in ambito psichiatrico sono stati confermati dal punto di vista numerico.

Posti residenziali e semiresidenziali - anni 2005-2009

	2005	2006	2007			2008			2009		
			N° Posti	di cui		N° Posti	di cui		N° Posti	di cui	
				DSM	Conv.		DSM	Conv.		DSM	Conv.
RESIDENZIALI											
Ravenna	163	163	163	94	69	211	63	148	211	63	148
Regione	1.688	1.679	1.673	786	887	1.810	789	1.021	1.852	831	1.021
SEMIRESIDENZIALI											
Ravenna	93	103	98	86	12	96	86	10	96	86	10
Regione	983	1.008	992	970	22	992	970	60	1.030	970	60

Fonte: Archivio regionale SISMI.

Nel 2011 il movimento dalle Strutture Residenziali Psichiatriche del Privato Sociale è stato di 11 ingressi e 8 dimissioni. Le dimissioni sono state 3 verso strutture riabilitative aziendali, 3 verso appartamenti supportati, 1 verso una struttura per anziani e 1 a casa propria.

Nelle residenze aziendali si sono verificati 5 ingressi, pari al numero dei dimessi e quindi è stata mantenuta una piena occupazione dei posti e un'attenzione alle dimissioni in modo da garantire la collocazione di richieste di inserimento per percorsi riabilitativi nelle sedi appropriate.

Dal 2008 al 2010 il numero delle persone trattate dalla rete dei servizi per la salute mentale di questa azienda è andato decisamente aumentando e ha raggiunto il dato medio regionale come tasso per 10.000 abitanti mentre nel 2011 si è verificata una leggera flessione. Invece considerando la sola popolazione residente nel bacino di riferimento di questa azienda il tasso è in lievissimo incremento (+0,05%).

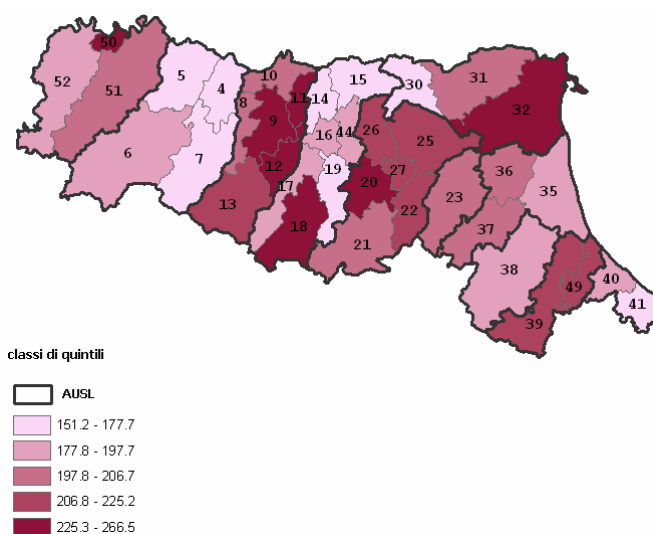
Persone trattate (compresi non residenti)

	2008		2009		2010		2011	
	N° persone	Persone trattate x 10.000	N° persone	Persone trattate x 10.000	N° persone	Persone trattate x 10.000	N° persone	Persone trattate x 10.000
Ausl Ra	5.390	166,1	5.600	170,2	6.811	205,5	6.743	202,3
RER	65.929	181,8	72.084	196,4	76.302	205,6	77.839	208

Fonte: Archivio regionale SISM.

Per il calcolo dell'indicatore si è utilizzata la popolazione residente adulta (età >=18 aa.) all'1/1 di ciascun anno

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



Dipendenze Patologiche

			2009	2010	Δ% 10 vs 09
Tossicodipendenti	N°utenti	Ausl Ra	1.110	1.146	3,20%
		RER	12.882	12.816	-0,50%
	N°nuovi utenti	Ausl Ra	169	166	-1,80%
		RER	2.507	2.158	-13,90%
	Tasso di prevalenza per 10.000 ab.	Ausl Ra	45,2	46,3	2,40%
		RER	46	45,3	-1,60%
Tasso di incidenza per 10.000 ab.	Ausl Ra	6,9	6,7	-2,50%	
	RER	9	7,6	-14,90%	
Accoolpendenti	N°utenti	Ausl Ra	568	562	-1,10%
		RER	5.686	5.736	0,90%
	N°nuovi utenti	Ausl Ra	113	113	0,00%
		RER	1.328	1.274	-4,10%
	Tasso di prevalenza per 10.000 ab.	Ausl Ra	23,1	22,7	-1,80%
		RER	20,3	20,3	-0,30%
	Tasso di incidenza per 10.000 ab.	Ausl Ra	4,6	4,6	-0,80%
		RER	4,7	4,5	-5,10%

Fonte dati RER

Per quanto riguarda il settore tossicodipendenze nel 2010 si assiste ad un incremento del tasso di prevalenza con calo del tasso di incidenza; per il settore alcooldipendenze si registra un calo di entrambi i tassi. Nel 2011 si assiste ad un incremento del tasso di prevalenza per tossicodipendenti (+6,06%) associato ad un calo del tasso di prevalenza per alcool dipendenti (-6,7%).

Per quanto concerne i posti letto in strutture convenzionate (pari a 210 p.l. numero invariato dal 2009) per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso, anche nel 2011, l'utenza proveniente dal carcere e l'utenza in particolari condizioni di svantaggio sociale e sanitario, continua ad essere fonte di riflessione in quanto è quella che impegna più figure professionali.

I primi mantengono durante la permanenza in Comunità un buon grado di compliance che però tende a perdersi nella fase del reinserimento sul territorio. Per tali utenti appare estremamente importante una fase di reinserimento sociale graduale e in ambiente protetto e controllato.

Per quanto riguarda i secondi, l'analisi dei dati conferma una buona tenuta anche dopo il reinserimento sul territorio. Per questi pazienti permane anche per il 2011 il problema della durata del percorso in struttura, ben oltre i due anni, legata alla grave carenza di risorse abitative, economiche, relazionali, familiari e sociali.

L'utenza proveniente dal carcere è in continuo aumento fino a raggiungere una percentuale del 51,31% nel 2011.

Popolazione carceraria con problemi di tossicodipendenza

	2010	2011	Δ% 11 vs 10
Detenuti tossicodipendenti	246	253	2,85%
Totale detenuti	545	493	-9,54%
%	45,14%	51,31%	13,67%

Fonte dati DSM Ausl Ravenna

Consultori Familiari

Nel 2011 si è consolidata la rimodulazione della rete dei Consultori Familiari della Provincia di Ravenna, in linea con quanto definito dal PAL 2010-12, che ha portato ad un diverso posizionamento delle sedi consultoriali identificando tre diverse tipologie:

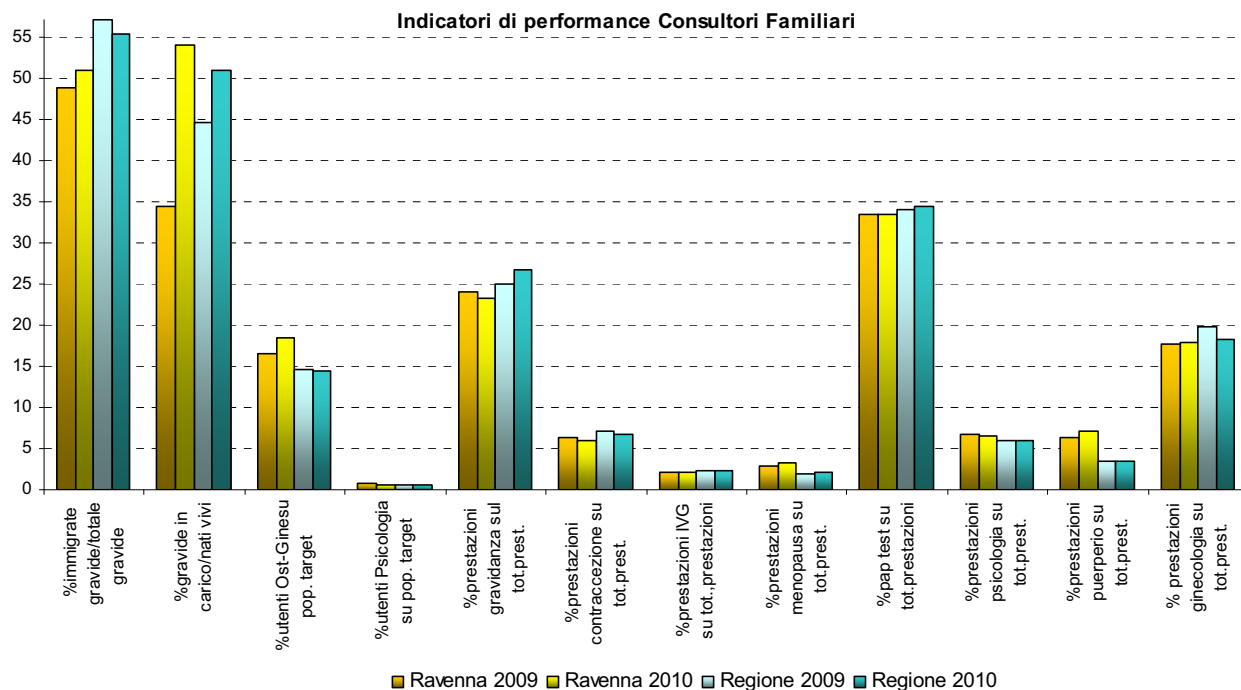
- 5 sedi principali: si erogheranno tutte le prestazioni con la presenza di ostetrica, ginecologo e psicologo. Le sedi principali sono: 2 a Ravenna, 1 a Cervia, 1 a Lugo ed 1 a Faenza.
- 4 sedi secondarie di tipo A: si erogano le prestazioni con la sola presenza dell'ostetrica.
- 11 sedi secondarie di tipo B: si erogano prestazioni con la presenza del ginecologo e dell'ostetrica, in taluni casi anche dello psicologo.

Nel 2011 le utenti che hanno fatto ricorso ai Consultori familiari sono state 24.300 (+ 6,5% rispetto all'anno precedente), rappresentando il 19,5% della popolazione femminile residente in provincia di Ravenna. Il numero di donne immigrate assistite dai Consultori familiari sono state 5.596 (+ 18,6% rispetto al 2010) pari al 23% dell'intera utenza.

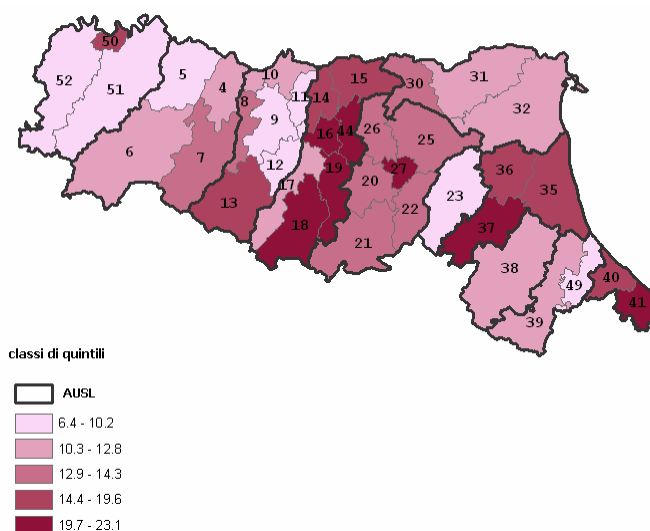
Complessivamente sono state erogate 99.447 prestazioni (+ 37% rispetto al 2010) di cui 25.742 pap-test. I tempi di attesa per ricevere la prestazione sono garantiti entro 7 giorni per la visita ostetrica e non superano i 30 per la prestazione ginecologica

Gli utenti del consultorio giovani sono stati 2.064 di cui 314 stranieri pari il 11,5% della popolazione target: 14-20 anni registrando un incremento del 13,5%.

Il grafico seguente mostra alcuni dei principali indicatori di performance a confronto con l'andamento medio regionale; per necessità di confronto si utilizzano i dati relativi all'anno 2010.



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



Pediatria di Comunità.

Di seguito si espongono le principali attività realizzate nel corso del 2011, con l'esclusione di quella vaccinale della quale abbiamo già parlato nel paragrafo 2.3.2.

Le prestazioni utenti fasce deboli sono state 18.909 (+734 rispetto al 2010) e gli utenti fasce deboli sono stati 9.537 (+466 rispetto al 2010 di cui 68 con patologia a medio/alto impegno assistenziale) Il Protocollo aziendale per le dimissioni protette di bambini affetti da patologia cronica, approvato con delibera N. 542 dell'11-09-2008, che attribuisce alla Pediatria di Comunità la funzione prioritaria di garantire una continuità assistenziale integrata da parte di tutti i Servizi, Istituzioni, Enti coinvolti e il collegamento Servizi/Famiglia, ha comportato la realizzazione di 10 Unità di Valutazione Pediatrica e 11 Piani Assistenziali Individuali.

Sono stati realizzati 47 percorsi individuali per l'inserimento scolastico (22 per celiachia; 4 per diabete; 1 per SMA; 1 per cerebropatia; 1 per emofilia; 1 per epilessia; 4 per favismo; 2 per fibrosi cistica; 2 per ipercolesterolemia; 1 per Down ecc.).

Sono stati redatti 80 certificati di somministrazione farmaci a scuola con intervento formativo per l'inserimento scolastico.

La gestione del follow up dei minori con Sindrome di Down ha riguardato 59 minori da 0 a 18 anni (RA: 26; LU: 10; FA: 23) di cui 4 nuovi casi (2 a Ravenna e 2 a Faenza).

Assistenza Odontoiatrica

L'applicazione del Programma regionale di assistenza odontoiatrica è proseguita anche nel 2011, pur con una modesta contrazione dell'attività e del numero di utenti, rispetto all'anno precedente, dovuta ad una fisiologica riduzione della domanda da parte della popolazione.

Assistenza odontoiatrica: attività complessiva

	2010				2011				Δ%11v s10
	RA	LU	FA	AUSL	RA	LU	FA	AUSL	AUSL
Visite	3.768	1.380	2.410	7.558	3.795	1.002	1.279	6.076	-20%
Prestazioni	6.989	4.143	3.530	14.662	7.039	3.361	2.901	13.301	-9%
TOTALE	10.757	5.523	5.940	22.220	10.834	4.363	4.180	19.377	-13%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Assistenza odontoiatrica: attività di ortodonzia

	2010				2011				Δ%11v s10
	RA	LU	FA	AUSL	RA	LU	FA	AUSL	AUSL
Tratt. ortodontico con apparecchi mobili	42	11	139	192	65	22	125	212	10%
Tratt. ortodontico con apparecchi fissi	88	99	297	484	113	82	212	407	-16%
Tratt. ortod.con apparecchi ortopedico funzionali	0	0	5	5	0	1	5	6	20%
TOTALE	130	110	441	681	178	105	342	625	-8%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Presso questa Azienda la percentuale di utenti trattati in fascia ISEE 1 è pari al 68 % del totale dei cittadini nelle 5 fasce ISEE. Nello specifico la distribuzione nei distretti è stata la seguente: Ravenna 65 %, Lugo 73 % e Faenza 69 %.

La percentuale di utenti non vulnerabili trattati rispetto al totale dei pazienti è pari al 7,1%, sostanzialmente in linea con la media regionale pari al 7,5%.

Assistenza odontoiatrica: numero utenti vulnerabili trattati

	2010				2011				Δ% 11vs10
	RA	LU	FA	AUSL	RA	LU	FA	AUSL	AUSL
ISEE1	1.700	637	749	3.086	1.690	634	478	2.802	-9,2%
ISEE 2 e 3	643	235	182	1.060	652	174	165	991	-6,5%
ISEE 4 e 5	253	77	64	394	230	61	49	340	-13,7%
Totale ISEE	2.596	949	995	4.540	2.572	869	692	4.133	-8,9%
Altre vulnerabilità	3.771	2.061	1.485	7.317	3.810	1.061	982	5.853	-20%
Totale complessivo	6.367	3.010	2.480	11.857	6.382	1.930	1.674	9.986	-15,8%

Fonte: servizi informatici di rete Ausl Ravenna

Assistenza odontoiatrica: utenti non vulnerabili trattati per tipologia di cura

		RAVENNA			REGIONE		
		2010	2011	Δ%11vs10	2010	2011	Δ%11vs10
Utenti non vulnerabili	Conservativa/End odonzia	145	143	-1,38%	1.225	1.885	53,88%
	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	190	120	-36,84%	624	572	-8,33%
	Protesica Fissa	8	5	-37,50%	53	110	107,55%
	Protesica Mobile	42	29	-30,95%	633	809	27,80%
Totale utenti	Conservativa/End odonzia	2.613	2375	-9,11%	25.256	27.439	8,64%
	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	1.129	1.020	-9,65%	8.440	8.611	2,03%
	Protesica Fissa	74	86	16,22%	1.244	1.457	17,12%
	Protesica Mobile	644	710	10,25%	6.656	7.649	14,92%
% Ut.non vulnerabili sul tot.utenti	Conservativa/End odonzia	5,50%	6,00%	9,09%	4,90%	6,90%	40,82%
	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	16,80%	11,80%	-29,76%	7,40%	6,60%	-10,81%
	Protesica Fissa	10,80%	5,80%	-46,30%	4,30%	7,50%	74,42%
	Protesica Mobile	6,50%	4,10%	-36,92%	9,50%	10,60%	11,58%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Assistenza farmaceutica

Assistenza Farmaceutica convenzionata

Nell'anno 2011, l'andamento della spesa farmaceutica territoriale (al netto della distribuzione diretta farmaci), ha fatto registrare un decremento del 8,19% su base annua, di poco inferiore all'andamento medio riscontrato a livello regionale (-8,69%).

Aziende USL	importo LORDO	D 11/10	importo NETTO	D 11/10	spesa netta pro capite	spesa netta p.c. pesata
anno 2011						
110 Ravenna	76.753.375,38	-4,35%	66.694.417,12	-8,19%	169,94	163,85
Emilia-Romagna	784.771.328,72	-4,70%	678.219.849,99	-8,69%	153,01	153,01

Fonte: Servizio Politica del farmaco RER

Includendo l'effetto della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A nelle sue diverse modalità (alla dimissione, presa in carico, per conto...), il decremento della spesa passa al -5,38% rispetto al -6,24% medio regionale.

Aziende Sanitarie	Spesa Netta Convenzionata (1)	D 11/10	Spesa Erogazione diretta fascia A (2)	D 11/10	Spesa Farmaceutica Territoriale (1+2)	D 11/10
110 Ravenna	66.694.417,12	-8,19%	19.973.341,65	5,40%	86.667.758,77	-5,38%
Emilia-Romagna	678.219.849,99	-8,69%	231.858.872,60	1,76%	910.078.722,59	-6,24%

Fonte: Servizio Politica del farmaco RER

Considerando la spesa complessivamente determinata dalle due modalità erogative (AFT e distribuzione diretta fascia A), rimane sostanzialmente invariato, rispetto al passato, il delta che ci caratterizza rispetto all'andamento medio regionale in termini di spesa procapite pesata: 7,34 € in più la spesa per abitante registrata nel 2010, 7,60 € in più per abitante, nel 2011.

Anno	Azienda di erogazione	AFT - Spesa Procapite Pesata		
		solo AFT	solo DDF fascia A	AFT + DDF Fascia A
		Euro	Euro	Euro
2010	AUSL Ravenna	180,8	40,1	220,9
	Totale Regione	169,6	43,9	213,5
Delta Ausl RA vs RER		11,2	-3,9	7,3
2011	AUSL Ravenna	163,9	49,1	212,9
	Totale Regione	153,0	52,3	205,3
Delta Ausl RA vs RER		10,8	-3,2	7,6

Fonte: Servizio Politica del farmaco RER

Non si apprezzano purtroppo, nonostante le azioni messe in atto, significativi miglioramenti in termini di contenimento della spesa farmaceutica nella sua componente territoriale .

Anche nel 2011 permane inoltre una significativa differenza nella spesa procapite registrata nei tre ambiti territoriali dell'Azienda. La tabella che segue mostra la spesa procapite per "residente"

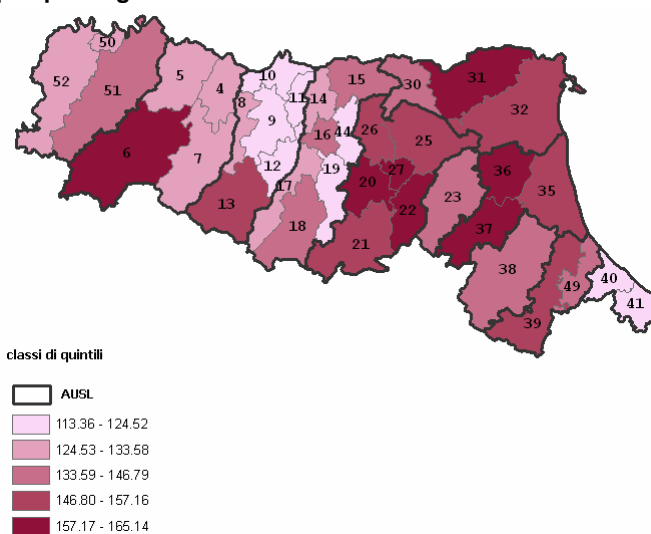
registrata nei tre ambiti territoriali di questa azienda a confronto con l'andamento medio regionale con riferimento ai farmaci destinati al trattamento delle principali patologie.

Assistenza farmaceutica convenzionata Spesa per residente (euro) per le principali patologie - 2011

Farmaci per il trattamento di patologie:	Pro capite nell'ambito del Distretto di Faenza	Pro capite nell'ambito del Distretto di Lugo	Pro capite nell'ambito del Distretto di Ravenna	Pro capite in ambito AUSL	Pro capite in ambito regionale
	Totale	Totale	Totale	Totale	Totale
Gastro-intestinali	25,73	29,82	29,91	28,94	25,88
Cardiovascolari	77,97	78,18	73,19	75,59	70,23
Muscoscheletriche	8,34	7,88	7,47	7,77	7,33
Nervose	28,41	27,6	23,42	25,65	21,56
Respiratorie	18,38	16,93	15,05	16,3	16
TOTALE	158,84	160,42	149,04	154,26	141

Fonte: Banca dati Regionale AFT (assistenza farmaceutica territoriale) - anno 2011 a cura di Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

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.



Assistenza Farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera complessiva, ha registrato, nell'anno 2011 un incremento pari al 6,2%, esclusivamente attribuibile alla erogazione diretta di farmaci ex OSP2.

Spesa Farmaceutica Ospedaliera gennaio - dicembre 2011 vs 2010

Fonte: flusso informativo AFO

Aziende	Ospedaliera - ossigeno escluso		di cui:	Diretta ex OSP2		Consumi interni - ossigeno escluso (compresi H OSP)	
	2011	var.% 11/10		2011	var.% 11/10	2011	var.% 11/10
AUSL Ravenna	34.622.293	6,2%	14.962.975	18,9%	19.659.318	-2,7%	
EMILIA-ROMAGNA	401.015.550	2,9%	147.903.992	12,7%	253.111.558	-2,3%	

Fonte: Servizio Politica del farmaco RER

In decremento il consumo di prodotti farmaceutici ad uso ospedaliero del 2,7% (circa 0,540 milioni di euro), in linea con l'andamento medio riscontrato a livello regionale.

Spesa Farmaceutica Ospedaliera – Anno 2011

Spesa Farmaceutica Ospedaliera - Consumo Interno	2011	2010	var. 11/10
AUSL Ravenna	19.659.318	20.204.848	-2,7%
Regione	253.111.558	259.070.172	-2,3%

La tabella che segue mostra il trend per classe ATC. significativo il calo registrato nel consumo di farmaci appartenenti alla classe "J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO" (-15,9%) e alla classe "L01 - CITOSTATICI" (-13,2%). L'azione di sensibilizzazione diffusa degli specialisti ospedalieri e l'adozione di linee guida terapeutiche condivise hanno portato a importanti risultati in termini di contenimento e appropriatezza nel ricorso alla terapia antibiotica.

In incremento invece la spesa per l'acquisto di farmaci ex OSP 2 in "distribuzione diretta" (+18,9%). Si tratta per la maggior parte di farmaci soggetti a piano terapeutico con attento monitoraggio da parte dei Centri di Riferimento.

Consumo Ospedaliero - trend per classe ATC

Descrizione	EMILIA-ROMAGNA			AUSL Ravenna		
	Spesa Lorda (€) 2011	Spesa Lorda (€) 2010	Δ 11/10	Spesa Lorda (€) 2011	Spesa Lorda (€) 2010	Δ 11/10
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	11.241.102	10.657.556	5,5%	1.395.387	1.223.128	14,1%
A01 - STOMATOLOGICI	176.180	150.939	16,7%	3.553	2.780	27,8%
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	1.119.359	1.205.071	-7,1%	138.054	143.736	-4,0%
A03 - FARMACI PER DISTURBI DELLA FUNZIONE GASTROINTESTINALE	203.153	220.043	-7,7%	15.979	15.530	2,9%
A04 - ANTIEMETICI ED ANTINAUSEA	524.219	531.018	-1,3%	99.048	91.269	8,5%
A05 - TERAPIA BILIARE ED EPATICA	34.231	22.586	51,5%	688	165	317,0%
A06 - LASSATIVI	554.268	503.768	10,0%	45.198	41.610	8,6%
A07 - ANTI-DIARROICI, ANTINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	118.006	140.880	-16,2%	12.283	15.716	-21,8%
A08 - FARMACI CONTRO L'OBESITA', ESCLUSI I PRODOTTI DIETETICI	0	1	-100,0%	0	0	
A09 - DIGESTIVI, INCLUSI GLI ENZIMI	7.434	6.987	6,4%	345	311	10,9%
A10 - FARMACI USATI NEL DIABETE	516.751	510.160	1,3%	49.118	45.576	7,8%
A11 - VITAMINE	719.490	713.554	0,8%	37.716	50.536	-25,5%
A12 - INTEGRATORI MINERALI	84.212	84.541	-0,4%	14.139	14.015	0,9%
A13 - TONICI	501	0		0	0	
A14 - ANABOLIZZANTI SISTEMICI	1.909	78	2347,4%	0	45	-100,0%
A16 - ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	7.181.389	6.567.937	9,3%	979.265	801.779	22,1%
B - SANGUE ED ORGANI EMPOIETICI	37.075.307	39.535.615	-6,2%	2.242.025	1.953.929	14,7%
B01 - ANTITROMBOTICI	8.895.270	9.218.637	-3,5%	568.193	488.140	16,4%
B02 - ANTIEMORRAGICI	8.206.777	7.906.275	-21,5%	252.473	206.216	23,0%
B03 - FARMACI ANTIANEMICI	4.893.740	5.310.261	-7,8%	287.024	261.506	9,8%
B05 - SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	10.078.275	17.100.443	-0,1%	1.134.334	999.067	13,5%
B06 - ALTRI AGENTI EMATOLOGICI	1.244	0		0	0	
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	2.173.381	2.249.114	-3,4%	105.852	108.665	-2,6%
C01 - TERAPIA CARDIACA	915.605	953.729	-4,0%	28.619	30.945	-7,5%
C02 - ANTIPERTENSIVI	326.956	313.486	4,3%	18.111	17.195	5,3%
C03 - DIURETICI	445.184	478.889	-7,0%	25.073	25.155	-0,3%
C04 - VASODILATATORI PERIFERICI	4.707	4.096	14,9%	209	63	231,7%
C05 - VASOPROTETTORI	62.288	63.728	-2,3%	2.792	2.766	0,9%
NON DEFINITO	20	21	-4,8%	21	21	0,0%
C07 - BETABLOCCANTI	142.495	126.582	12,6%	3.988	5.185	-23,1%
C08 - CALCIO-ANTIAGONISTI	119.288	118.811	0,4%	5.175	7.239	-28,5%
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	42.184	46.409	-9,1%	5.937	8.526	-29,7%
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	114.653	143.363	-20,0%	15.870	11.568	37,2%
D - DERMATOLOGICI	1.377.304	1.411.552	-2,4%	129.084	121.188	6,5%
D01 - ANTIMICOTICI PER USO DERMATOLOGICO	42.850	44.290	-3,3%	6.812	6.340	7,4%
D02 - EMOLLIENTI E PROTETTIVI	19.782	22.478	-12,0%	0	0	
D03 - PREPARATI PER IL TRATTAMENTO DI FERITE ED ULCERAZIONI	235.441	239.821	-1,8%	38.925	33.840	15,0%
D04 - ANTIPLURIBIOTICI, INCLUSI ANTISTAMINICI, ANESTETICI, ECC.	1.146	1.343	-14,7%	0	0	
D05 - ANTISPORICI	15.858	7.770	104,1%	73	131	-44,3%
D06 - ANTIBIOTICI E CHEMIOTERAPICI PER USO DERMATOLOGICO	255.322	293.441	-13,0%	22.743	19.835	14,7%
D07 - CORTICOSTEROIDI, PREPARATI DERMATOLOGICI	107.058	107.671	-0,6%	12.254	11.309	8,4%
D08 - ANTISETTICI E DISINFETTANTI	688.714	691.129	-0,3%	47.932	49.250	-2,7%
D10 - PREPARATI ANTIACNE	820	472	73,7%	0	0	
D11 - ALTRI PREPARATI DERMATOLOGICI	10.312	3.137	228,7%	344	481	-28,5%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	1.429.287	1.404.905	1,7%	97.774	124.573	-21,5%
G01 - ANTIMICROBICI ED ANTISETTICI GINECOLOGICI	15.087	16.088	-6,2%	1.536	1.381	11,2%
G02 - ALTRI GINECOLOGICI	1.243.248	1.257.306	-1,1%	86.218	109.227	-21,1%
G03 - ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	55.110	43.506	26,7%	5.721	9.123	-37,3%
G04 - UROLOGICI	115.842	88.006	31,6%	4.300	4.838	-11,1%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI,ESCL.ORMONI SESSUALI E INSULINE	2.695.380	2.797.469	-3,6%	224.392	200.144	12,1%
H01 - ORMONI IPOFISARI, IPOTALAMICI ED ANALOGHI	2.702.617	2.780.679	-10,0%	70.162	69.496	1,0%
H02 - CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	1.334.441	1.380.132	-1,9%	112.365	116.232	-3,3%
H03 - TERAPIA TIROIDEA	26.009	27.215	-4,4%	2.757	2.397	15,0%
H04 - ORMONI PANCREATICI	23.570	23.386	0,8%	7.583	8.054	-5,8%
H05 - CALCIO OMEOSTATICI	608.744	606.055	0,4%	31.526	3.966	694,9%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	59.904.833	62.214.238	-3,7%	4.647.031	4.974.512	-6,6%
J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	22.479.330	24.261.217	-7,4%	1.565.215	1.861.451	-15,9%
J02 - ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	5.534.778	5.707.537	-3,0%	351.707	342.028	2,8%
J04 - ANTIMICOBATTERICI	169.205	166.405	1,7%	12.946	16.999	-23,8%
J05 - ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	775.701	756.349	2,6%	34.191	23.534	45,3%
J06 - SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	7.910.690	8.151.936	-3,0%	594.983	598.585	-0,6%
J07 - VACCINI	23.035.127	23.150.795	-0,5%	2.086.990	2.131.906	-2,1%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	84.363.674	83.481.439	1,0%	7.169.437	7.798.963	-7,8%
L01 - CITOSTATICI	71.915.694	71.605.384	0,4%	5.910.331	6.805.526	-13,2%
L02 - TERAPIA ENDOCRINA	433.673	425.050	2,0%	16.281	19.764	-17,6%
L03 - IMMUNOSOPPRESSORI	1.953.784	2.344.569	-16,7%	294.308	298.107	-1,3%
L04 - IMMUNOSOPPRESSORI	10.060.734	9.115.136	10,4%	968.517	675.566	43,4%
NON DEFINITO	0	0		0	0	
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	6.638.793	6.413.669	3,5%	634.651	606.414	4,7%
M01 - FARMACI ANTINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	411.011	453.907	-9,2%	57.497	57.665	-0,3%
M02 - FARMACI PER USO TOPICO PER DOLORI ARTICOLARI E MUSCOLARI	4.549	5.429	-16,2%	6	6	33,3%
M03 - MIORLASSANTI	2.232.256	2.287.110	-2,4%	102.903	95.942	7,3%
M04 - ANTIGOTTOSI	10.295	17.241	-40,3%	1.082	987	9,6%
M05 - FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	3.972.045	3.643.144	9,0%	473.160	451.816	4,7%
M09 - ALTRI FARMACI PER LE AFFEZIONI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRI	8.636	7.940	8,8%	0	0	
N - SISTEMA NERVOSO	11.923.426	11.861.117	0,5%	898.525	852.093	5,4%
N01 - ANESTETICI	6.450.007	6.861.108	-6,0%	454.676	433.559	7,2%
N02 - ANALGESICI	3.156.091	2.848.548	10,8%	256.732	201.955	27,1%
N03 - ANTIPILETTICI	609.368	496.171	22,8%	48.650	45.674	6,5%
N04 - ANTIPARKINSONIANI	83.538	122.613	-31,9%	9.863	47.357	-79,2%
N05 - PSICOLETICI	1.205.196	1.216.234	-0,9%	84.365	79.913	5,6%
N06 - PSICOANALETTICI	169.962	181.326	-6,3%	23.345	35.540	-34,3%
N07 - ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOSO	249.266	136.116	84,5%	10.892	8.095	34,6%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	68.385	86.513	-21,0%	4.988	6.904	-27,8%
P01 - ANTIPROTOZOARI	44.713	60.947	-26,6%	4.723	6.680	-29,3%
P02 - ANTIELMINTICI	6.717	6.207	8,2%	167	224	-25,4%
P03 - ECTOPARASSITICIDI, COMPRESI ANTISCABBIA, INSETTICI E REPELL.	16.955	19.359	-12,4%	97	0	
R - SISTEMA RESPIRATORIO	2.357.763	2.152.621	9,5%	172.480	183.910	-6,2%
R01 - PREPARATI RNNOLOGICI	44.137	32.146	37,3%	802	987	-18,7%
R02 - PREPARATI PER IL CAVO FARINGEO	204	200	2,0%	0	0	
R03 - FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	1.456.991	1.350.449	7,9%	127.941	130.745	-2,1%
R05 - PREPARATI PER LA TOSSE E LE MALATTIE DA RAFFREDDAMENTO	74.236	92.807	-20,0%	9.620	13.366	-28,0%
R06 - ANTISTAMINICI PER USO SISTEMICO	265.272	171.254	54,9%	24.366	27.241	-10,6%
R07 - ALTRI PREPARATI PER IL SISTEMA RESPIRATORIO	516.922	505.765	2,2%	9.750	11.568	-15,7%
S - ORGANI DI SENSO	1.227.310	1.268.395	-3,2%	127.177	148.206	-14,2%
S01 - OTTALMOLGICI	1.220.996	1.261.974	-3,2%	127.119	148.151	-14,2%
S02 - OTOLOGICI	6.311	6.073	4,7%	58	55	5,5%
S03 - PREPARATI OFTALMOLOGICI ED OTOLOGICI	1.002	1.347	-25,6%	0	0	
V - VARI	17.308.995	21.454.240	-19,3%	1.387.283	1.399.906	-0,9%
V03 - TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	7.586.159	11.230.450	-32,5%	485.981	373.767	30,0%
V04 - DIAGNOSTICI	1.018.411	1.439.504	-29,3%	86.930	178.114	-51,2%
V06 - AGENTI NUTRIZIONALI	7.946	0		0	0	
V07 - TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI NON TERAPEUTICI	170.805	174.917	-2,4%	20.506	17.913	14,5%
V08 - MEZZI DI CONTRASTO	7.377.848	7.361.852	0,2%	630.989	618.635	1,9%
V09 - RADIOFARMACEUTICI DIAGNOSTICI	975.526	1.072.406	-9,0%	156.230	193.947	-19,4%
V10 - RADIOFARMACEUTICI TERAPEUTICI	172.300	175.112	-1,6%	7.248	17.531	-58,7%
SENZA ATC	31.494	0		9	0	
GALENICI	2.495.952	2.811.063	-11,2%	10.327	15.404	-33,0%
MAGISTRALI ONCOLOGICI	1.936.653	2.930.558	-31,4%	17.256	41.482	-58,4%
ALTRI GAS MEDICALI	803.916	828.665	-3,0%	34.071	69.032	-50,6%

Fonte: Servizio Politica del farmaco RER

Assistenza specialistica ambulatoriale

In questa sezione sono riportati alcuni dati che descrivono l'assistenza specialistica ambulatoriale nell'Azienda USL di Ravenna, in termini di variazione della produzione e dei consumi, di indici di attrazione e di fuga, di andamento dei tempi di attesa.

Nel 2011, rispetto all'anno precedente, si assiste ad un calo degli indici di consumo per laboratorio e riabilitazione con un incremento degli indici di consumo per diagnostica, prestazioni terapeutiche e visite; con oscillazioni in positivo ed in negativo, a seconda delle categorie di prestazioni esaminate, delle % di fuga fuori Azienda e fuori Distretto.

Comunque in linea di massima anche nel 2011, rispetto al valore medio regionale, si rileva un indice di fuga extra aziendale superiore (confermato da un saldo di mobilità - attiva e passiva - per la specialistica ambulatoriale, negativo) e si conferma un indice di fuga fuori distretto inferiore, come è ovvio attendersi, dato che tutti e tre gli ambiti territoriali dell'Azienda Usl di Ravenna sono dotati di un Presidio ospedaliero polispecialistico che rende i Distretti sostanzialmente autosufficienti per le prestazioni di base.

Indici di consumo per Classi di età anno 2011

	Indici di consumo per Classi di età					Totale	
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	indice di consumo	indice di consumo standardizzato
Diagnostica	708	1.421	2.994	2.858	1.677	1.638	1.611
Laboratorio	2.722	10.327	19.830	20.700	14.170	11.454	11.289
Riabilitazione	299	339	874	708	260	422	415
Prestazioni Terapeutiche	101	368	1.227	1.484	956	549	532
Visite	814	1.126	2.639	3.019	2.078	1.455	1.429
TOTALE	4.644	13.580	27.564	28.769	19.142	15.518	15.276

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

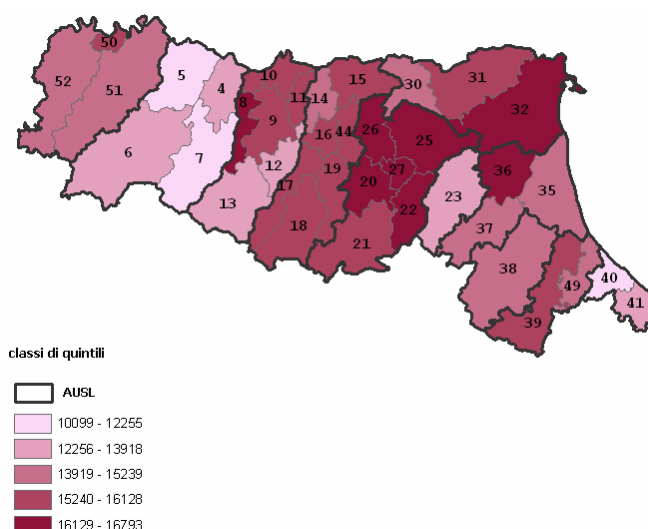
Indici di consumo standardizzati * 1000 abitanti e indici di fuga

Categorie di prestazioni	Indice di consumo standardizzato per età							
	Ravenna 2001	Lugo 2011	Faenza 2011	Ausl Ra 2011	RER 2011	Δ% Ausl - Rer Anno 2011	Ausl Ra 2010	Δ% Ausl Ra 2011vs 2010
DIAGNOSTICA								
Indice consumo standardizzato	1.611	1.576	1.657	1.611	1.526	5,60%	1.584	1,70%
% Fuga fuori Azienda	10,83	8,43	8,36	9,63	9,53	0,10%	9,88	-2,53%
% Fuga fuori Distretto	20,47	33,9	15,38	22,79	33,37	-10,58%	23,26	-2,02%
LABORATORIO								
Indice consumo standardizzato	10.732	12.436	11.217	11.289	11.087	1,70%	11.487	-1,72%
% Fuga fuori Azienda	6,31	4,11	3,98	5,14	4,59	0,55%	5,29	-2,84%
% Fuga fuori Distretto	9,56	8,34	7,8	8,81	29,46	-20,65%	8,77	0,46%
RIABILITAZIONE								
Indice consumo standardizzato	478	310	398	415	438	-5,30%	422	-1,66%
% Fuga fuori Azienda	3,86	7,43	5,19	4,85	4,28	0,57%	5,12	-5,27%
% Fuga fuori Distretto	6,66	26,71	9,4	11,23	17,67	-6,44%	11,08	1,35%
TERAPIA								

Indice consumo standardizzato	521	595	485	532	475	11,80%	511	4,11%
% Fuga fuori Azienda	9,33	6,56	12,52	9,14	11,04	-1,90%	9,85	-7,21%
% Fuga fuori Distretto	14,76	34,27	33,82	24,58	36,12	-11,54%	23,89	2,89%
VISITE								
Indice consumo standardizzato	1.417	1.404	1.483	1.429	1.499	-4,70%	1.365	4,69%
% Fuga fuori Azienda	11,49	9,39	11,2	10,86	8,33	2,53%	11,56	-6,06%
% Fuga fuori Distretto	19,72	29,96	18,71	22,19	29,32	-7,13%	22,21	-0,09%
TOTALE SENZA LABORATORIO								
Indice consumo standardizzato	4.028	3.886	4.022	3.987	3.940	1,20%	3.883	2,68%
% Fuga fuori Azienda	10,06	8,42	9,63	9,53	8,72	0,81%	9,98	-4,51%
% Fuga fuori Distretto	17,85	31,98	18,29	21,64	30,45	-8,81%	21,68	-0,18%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

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.



L'andamento della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel 2011 rispetto all'anno precedente, ha visto un decremento delle prestazioni di laboratorio, di diagnostica e riabilitazione con incremento delle visite e soprattutto delle prestazioni terapeutiche.

Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private (escluso PS e OBI)

Categorie di prestazioni	Ausl Ra			Totale RER		
	2010	2011	Δ%11vs10	2010	2011	Δ%11vs10
Diagnostica	485.026	482.885	-0,44%	4.858.178	4.839.708	-0,38%
Laboratorio	3.396.083	3.311.587	-2,49%	28.717.250	29.705.954	3,44%
Riabilitazione	79.156	76.623	-3,20%	1.306.468	1.335.648	2,23%
Prestazioni Terapeutiche	169.458	178.936	5,59%	1.016.285	1.039.554	2,29%
Visite	358.965	363.769	1,34%	3.572.631	3.592.822	0,57%
Totale senza Laboratorio	1.092.605	1.102.213	0,88%	6.164.646	6.175.356	0,17%
Totale	4.488.688	4.413.800	-1,67%	34.881.896	35.881.310	2,87%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Per quanto concerne i tempi di attesa nel 2011 si assiste, rispetto all'anno precedente, ad una flessione degli incidi di performance peraltro percentualmente superiore rispetto alla flessione del dato medio regionale, con l'unica eccezione rappresentata dalle prestazioni terapeutiche (+0,66% dato Ausl Ra vs -4,20% dato medio RER)

Indice di performance attività specialistica ambulatoriale

	AUSL Ravenna			Regione Emilia-Romagna		
	2010	2011	Δ% 11 vs 10	2010	2011	Δ% 11 vs 10
Laboratorio ^(a)	93,03	91,9	-1,21%	90,38	90,27	-0,12%
Visite ^(a)	42,38	41,13	-2,95%	47,79	47,5	-0,61%
Diagnostica ^(b)	72,02	69,03	-4,15%	70,76	69,44	-1,87%
Riabilitazione ^(b)	89,76	83,02	-7,51%	87,16	87,68	0,60%
Prestazioni Terapeutiche ^(b)	81,63	82,17	0,66%	79,04	75,72	-4,20%

(a) entro 30 giorni (b) entro 60 giorni

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI A CARICO DEL SSN

% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private -Anno 2011- escluso PS e OBI

Ausl Ravenna	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g		1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v%)
		n°	% sul totale						
Visite	363.769	275.157	76	41	55	67	76	83	17
Pr. Terapeutiche	178.936	80.068	45	49	70	82	87	90	10
Riabilitazione	76.623	28.370	37	68	78	83	87	91	9
Laboratorio	3.311.587	3.091.843	93	92	95	96	97	98	2
Diagnostica	482.885	329.570	68	47	58	69	78	83	17
Totale Regione	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g		1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v%)
		n°	% sul totale						
Visite	3.592.822	2.911.063	81	48	60	68	75	80	20
Pr. Terapeutiche	1.039.554	523.341	50	55	67	76	82	86	14
Riabilitazione	1.335.648	765.973	57	73	83	88	90	93	8
Laboratorio	29.705.954	24.424.252	82	90	95	96	97	98	2
Diagnostica	4.839.708	3.876.837	80	50	61	69	76	81	19

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI A CARICO DEL SSN PER DISTRETTO

% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private -Anno 2011- escluso PS e OBI

Distretti Dell'ausl Di Ravenna	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g		1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v%)	
		n°	% sul totale							
RAVENNA	Visite	175.719	146.281	83	42	59	72	79	84	16
	Pr. Terapeutiche	101.893	48.531	48	43	71	87	89	91	9
	Riabilitazione	48.985	18.968	39	69	77	82	87	93	7
	Laboratorio	1.459.491	1.278.493	88	90	94	96	97	98	2
	Diagnostica	221.138	175.434	79	46	57	69	79	86	14
LUGO	Visite	90.461	67.579	75	36	44	59	72	78	22
	Pr. Terapeutiche	46.075	16.103	35	45	55	65	79	84	16

	Riabilitazione	10.853	4.283	39	78	88	92	93	95	5
	Laboratorio	1.181.262	1.159.863	98	94	96	97	97	98	2
	Diagnostica	115.217	70.000	61	50	59	68	75	79	21
FAENZA	Visite	97.589	61.297	63	44	56	65	74	84	16
	Pr.Terapeutiche	30.968	15.434	50	74	81	85	89	93	7
	Riabilitazione	16.785	5.119	30	57	75	79	81	82	18
	Laboratorio	670.834	653.487	97	93	96	97	98	98	2
	Diagnostica	146.530	84.136	57	46	60	70	78	83	17

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

2.3.4 Assistenza ospedaliera

Le azioni, gli interventi e più in generale i processi di riorganizzazione strutturale realizzati e gli obiettivi perseguiti nel corso dell'anno 2011, sono descritti in maniera più approfondita nel capitolo 3; in questa sezione ci limitiamo a trattare i seguenti aspetti:

- i risultati raggiunti con riferimento agli aspetti quali-quantitativi dell'attività di degenza,
- il dimensionamento dell'offerta sia strutturale sia in servizi/prestazioni,
- la reattività delle strutture ospedaliere in termini di livello di tempestività nel garantire le prestazioni/servizi di cui necessita la popolazione che questa azienda serve,
- il livello di attrazione che le strutture ospedaliere esercitano sulla popolazione di riferimento,
- gli indici di consumo delle prestazioni/servizi che caratterizzano la nostra utenza

Nel 2011 l'assistenza ospedaliera presenta, una dotazione in posti letto pari a 4,6 ‰ abitanti, incrementata del 0,65 ‰ rispetto all'anno precedente e sostanzialmente in linea con il dato medio regionale di 4,62 ‰.

Struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati

		Ravenna			Regione Emilia Romagna		
		al 01/01/2011	al 01/01/2012	Δ% 1.12 vs 1.10	al 01/01/2011	al 01/01/2012	Δ% 1.12 vs 1.10
Posti letto pubblici	Acuti ordinari	1.028	1.016	-12,00	13.788	13.741	-47,00
	Riabilitazione	22	22	0,00	724	720	-4,00
	LD	123	140	17,00	1.429	1.446	17,00
	Totale	1.173	1.178	5,00	15.941	15.907	-34,00
Posti letto privati	Acuti ordinari	468	503	35,00	3.082	3.067	-15,00
	Riabilitazione	64	46	-18,00	862	891	29,00
	LD	74	79	5,00	847	854	7,00
	Totale	606	628	22,00	4.791	4.842	51,00
Indicatori di posti letto per 1000 abitanti	Acuti	3,22	3,87	0,65	3,58	3,74	0,16
	LD+ Riab.	0,73	0,73	0,00	0,88	0,88	0,00
	Recupero e Riabilitazione	0,22	0,17	-0,05	0,36	0,36	0,00
	LD	0,51	0,56	0,05	0,52	0,52	0,00
	Totale	3,95	4,6	0,65	4,46	4,62	0,16

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

La tabella sottostante evidenzia le variazioni della dotazione di posti letto pubblici per Presidio Ospedaliero

Posti letto pubblici per Presidio Ospedaliero

	Presidio di Ravenna			Presidio di Lugo			Presidio Faenza		
	al 01/01/20 11	al 01/01/20 12	$\Delta\%1.12$ vs 1.10	al 01/01/20 11	al 01/01/20 12	$\Delta\%1.12$ vs 1.10	al 01/01/20 11	al 01/01/20 12	$\Delta\%1.12$ vs 1.10
Acuti ordinari	537	534	-3	248	240	-8	-248	-240	8
Riabilitazione	5	5	0	17	17	0	-17	-17	0
LD	45	62	17	46	46	0	-46	-46	0
Totale	587	601	14	311	303	-8	-311	-303	8

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

Rispetto al 2010 si assiste ad decremento del 1,65% del numero complessivo di dimessi dagli istituti di ricovero pubblici, dovuto soprattutto ad un calo del 2,8% dei ricoveri in regime ordinario associato un incremento del 2,25% dei day-hospital.

Il tasso di Ospedalizzazione standardizzato, che esprime il numero di ricoveri per mille abitanti, diminuisce ulteriormente nel 2011, rispetto all'anno precedente si assiste ad un decremento del 2,35 %, espressione dell'adozione di setting assistenziali ambulatoriali e di day service, peraltro superiore al decremento del valore medio regionale (scostamento -0,28%).

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETA'

Ricovero ordinario, DH medico e DH chirurgico		Ravenna			Regione		$\Delta\% Ra$ vs Rer 2011	
		2010	2011	$\Delta\% Ra$ 2011 vs 2010	2010	2011		
PUBBLICO (R.E.R.)	Ord.	110,98	106,11	-4,39%	106,65	103,69	-2,28%	
	Day Hospital	Med.	19,64	19,56	-0,41%	18,22	17,87	-8,64%
		Chir.	13,9	14,1	1,44%	16,46	15,97	13,26%
		Tot.DH	33,54	33,66	0,36%	34,68	33,84	0,53%
	Tot.	144,51	139,77	-3,28%	141,33	137,53	-1,60%	
PRIVATO (R.E.R.)	Ord.	16,41	18,7	13,95%	17,01	16,86	-9,84%	
	Day Hospital	Med.	0,47	0,49	4,26%	0,84	0,81	65,31%
		Chir.	7,35	5,97	-18,78%	4,71	4,5	-24,62%
		Tot.DH	7,82	6,46	-17,39%	5,55	5,31	-17,80%
	Tot.	24,23	25,15	3,80%	22,56	22,17	-11,85%	
MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2009	Ord.	4,29	4,23	-1,40%	7,56	7,47	76,60%	
	Day Hospital	Med.	0,82	0,84	2,44%	1,46	1,42	69,05%
		Chir.	0,81	0,57	-29,63%	1,87	1,49	161,40%
		Tot.DH	1,63	1,4	-14,11%	3,34	2,91	107,86%
	Tot.	5,92	5,64	-4,73%	10,89	10,38	84,04%	
TOTALE	Ord.	131,67	129,04	-2,00%	131,21	128,02	-0,79%	
	Day Hospital	Med.	20,94	20,89	-0,24%	20,52	20,1	-3,78%
		Chir.	22,06	20,63	-6,48%	23,05	21,95	6,40%
		Tot.DH	42,99	41,52	-3,42%	43,56	42,06	1,30%
	Tot.	174,66	170,56	-2,35%	174,78	170,08	-0,28%	

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Nota: Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2010 in contestazione.

Nota: I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2011.

Nota: La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2010.

Tasso di ospedalizzazione specifico e standardizzato per 1.000 abitanti, per Distretto di residenza - Ospedali pubblici e privati, regime di ricovero ordinario e day hospital - Anno 2011

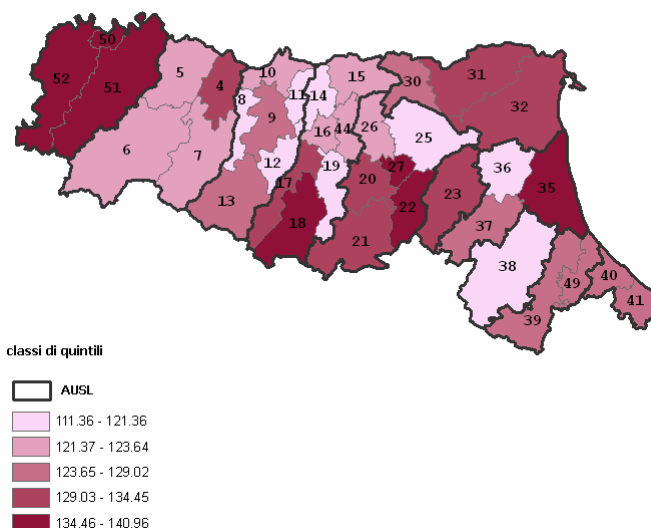
		RAVENNA	LUGO	FAENZA	TOTALE AUSL RA	TOTALE RER
Regime ordinario	0-14	53,48	54,29	48,33	52,5	63,57
	15-64	94,58	85,29	89,32	91	85,62
	65-74	213,25	197,37	190,88	204,2	202,89
	75-84	340,62	281,74	299,62	314,3	322,53
	>=85	509,56	416,43	467,28	470,9	480,15
	Totale	Tasso specifico	137,33	127,35	128,78	132,8
	Tasso standardizzato	136,18	119,96	124,67	129	128,02
Regime Day-Hospital	0-14	19,58	20,72	29,04	22,08	20,52
	15-64	40,48	35,33	35,94	38,13	39,03
	65-74	75,02	63,73	69,86	70,91	71,58
	75-84	69,05	62,15	67,64	66,73	65,42
	>=85	34	33,38	34,11	33,84	35,54
	Totale	Tasso specifico	43,83	39,08	41,36	42,01
	Tasso standardizzato	43,33	38,36	41,07	41,52	42,06
TOTALE	0-14	73,07	75,01	77,37	74,58	84,08
	15-64	135,06	120,62	125,26	129,1	124,65
	65-74	288,28	261,09	260,73	275,1	274,47
	75-84	409,68	343,89	367,26	381	387,95
	>=85	543,48	449,82	501,25	504,7	515,63
	Totale	Tasso specifico	181,15	166,43	170,14	174,8
	Tasso standardizzato	179,51	158,32	165,74	170,6	170,08

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

Nota: sono esclusi i neonati sani

Nota: I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2011.

Nota: La popolazione tipo utilizzata per standardizzare gli indici è quella E.R. residente al 01/01/2010.

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


L'indice di consumo standardizzato (ICS), che esprime il "consumo in punti drg" della popolazione residente, anche nell'anno 2011, si colloca su valori più elevati rispetto all'andamento medio regionale.

Indice di consumo standardizzato per età * 1000 abitanti

		Ausl RA			RER		
		Anno 2010	Anno 2011	Δ%11vs10	Anno 2010	Anno 2011	Δ% 11vs10
PUBBLICO (R.E.R.)	Ord.	118,59	116,65	-1,64%	114,38	113,07	-1,15%
	D.H.	26,07	25,93	-0,54%	26,5	25,85	-2,45%
	Tot.	144,67	142,58	-1,44%	140,88	138,93	-1,38%
PRIVATO (R.E.R.)	Ord.	19,07	21,51	12,79%	15,31	15,28	-0,20%
	D.H.	6,04	4,81	-20,36%	4,1	3,93	-4,15%
	Tot.	25,12	26,31	4,74%	19,42	19,22	-1,03%
MOBILITA'PASSIVA EXTRARER	Ord.	4,66	4,34	-6,87%	8,23	8,27	0,49%
	D.H.	0,84	0,71	-15,48%	1,78	1,66	-6,74%
	Tot.	5,5	5,05	-8,18%	10,01	9,93	-0,80%
TOTALE	Ord.	142,33	142,5	0,12%	137,92	136,62	-0,94%
	D.H.	32,96	31,45	-4,58%	32,38	31,45	-2,87%
	Tot.	175,29	173,95	-0,76%	170,3	168,07	-1,31%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale.

Rispetto all'anno precedente, nel 2011 l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere (pubbliche e private) di questa azienda, dalla popolazione residente, continua a diminuire, mentre si osserva un aumento dell'attrazione esercitata dalle strutture ospedaliere sia nei confronti di residenti in altre aziende della regione sia in altre regioni. Rimane buono l'andamento dell'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere di questa azienda: se si escludono le aziende Usl con aziende ospedaliere che insistono nel loro territorio, nel contesto regionale, Ravenna mostra un indice di dipendenza fra i più alti.

La mobilità passiva si dimostra leggermente in calo (-482 ricoveri pari al 3,97%) e l'attiva lievemente in incremento (+71 ricoveri pari al 0,95%). E questo è confermato anche dalle leggere variazioni degli indici di attrazione e di fuga.

Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle Ausl Ospedali pubblici e privati, regime ordinario e day hospital

	Stessa Azienda		Altre Aziende R.E.R.		Fuori R.E.R. ed estero	
	RA	RER	RA	RER	RA	RER
2010	74,1	76	12,2	10,2	13,7	13,8
2011	73,7	75,3	12,5	10,2	13,8	14,5
Delta% 11vs10	-0,54%	-0,92%	2,46%	0,00%	0,73%	5,07%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna. Nota: Sono stati esclusi i neonati sani.

Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere regime ordinario e day hospital - dimessi

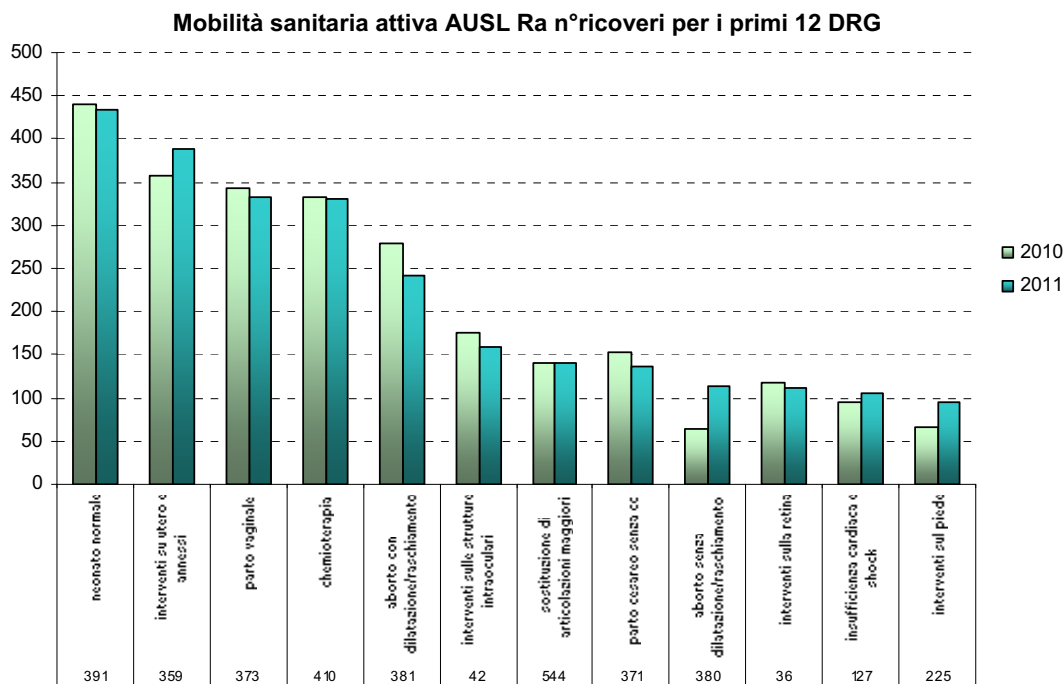
		Ausl RA			RER		
		Anno 2010	Anno 2011	Δ% 11vs10	Anno 2010	Anno 2011	Δ% 11vs10
Stessa Azienda	Pubblico	68,8	68,4	-0,58%	46,8	46,5	-0,64%
	Privato	11,1	12	8,11%	10,5	10,7	1,90%
AOSP. che insiste sul territorio		.	.		25,7	25,9	0,78%
Totale		79,9	80,5	0,75%	83,1	83,1	0,00%
Altre Aziende R.E.R.	Pubblico	14,2	13,8	-2,82%	8,5	8,5	0,00%
	Privato	2,8	2,7	-3,57%	2,4	2,4	0,00%
Aziende fuori R.E.R.		3,2	3	-6,25%	6	5,9	-1,67%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

AusI di Ravenna-indici di attrazione e fuga per distretto per ricoveri ospedalieri

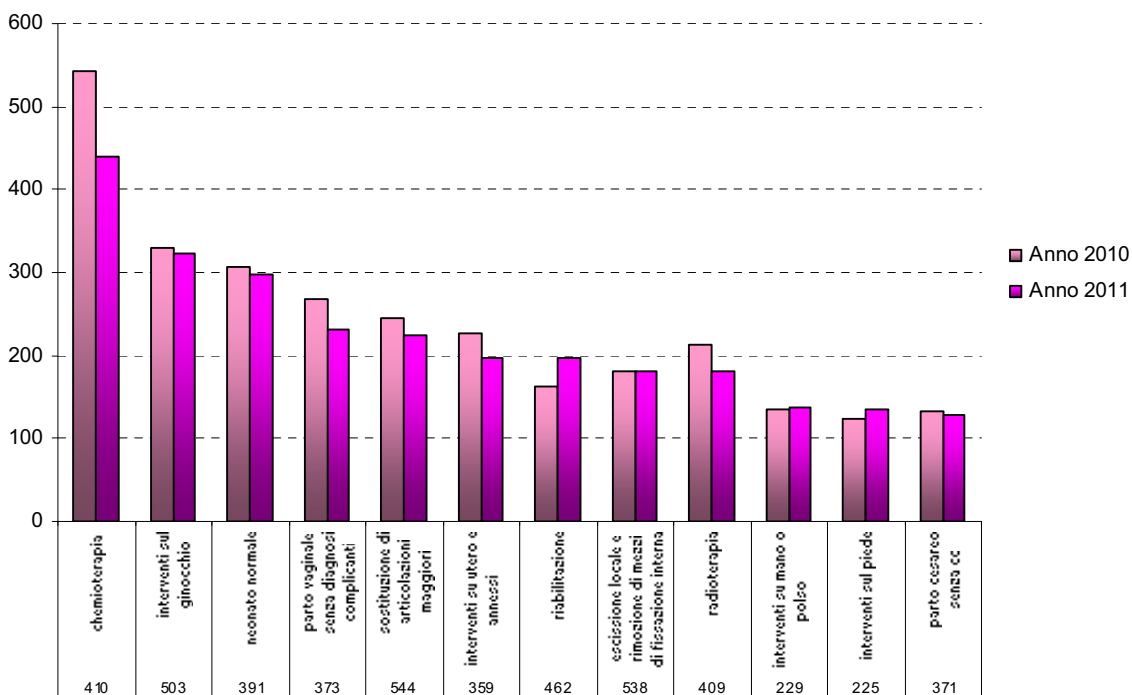
	2010		2011	
	indice di attrazione *	indice di fuga *	indice di attrazione *	indice di fuga *
RAVENNA	12,1%	17,2%	11,8%	17,1%
LUGO	10,2%	16,3%	10,7%	15,7%
FAENZA	17,8%	18,5%	19,1%	17,3%
TOTALE	12,9%	17,2%	13,3%	16,8%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna. * calcolato sulle sole strutture pubbliche aziendali



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Mobilità sanitaria passiva infraregionale (pub+priv) residenti dell'AUSL Ravenna n°ricoveri per i primi 12 DRG

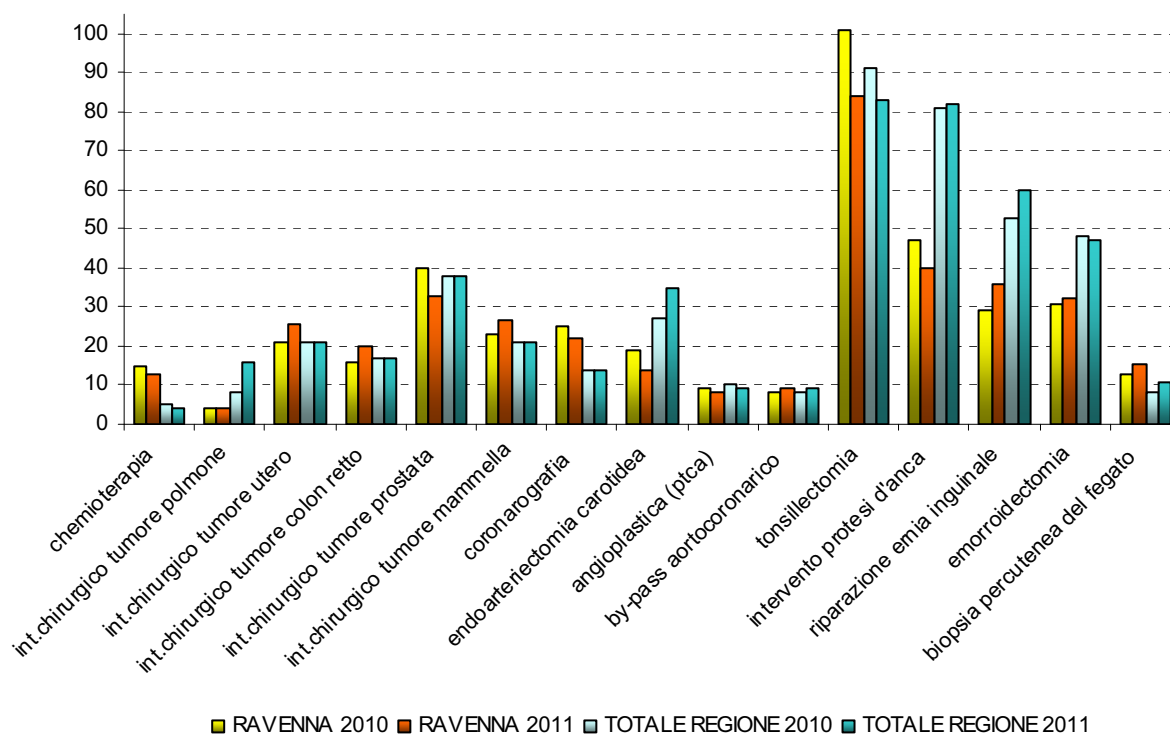


Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

I due grafici soprastanti evidenziano le principali tipologie di ricoveri interessate dai fenomeni di mobilità.

I tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate dell'Ausl di Ravenna per l'anno 2011 sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente e con le medie regionali (vedi grafico sottostante). Sono garantiti entro gli standards attesi (30 giorni) gli interventi per neoplasie; tempi di attesa oltre i 30 giorni per le patologie neoplastiche, si registrano nei casi in cui sono richiesti trattamenti farmacologici e/o radioterapici propedeutici all'intervento stesso o nel caso in cui ci si riferisca ad un secondo o terzo intervento. Rispetto agli anni precedenti si conferma il miglioramento registrato soprattutto per gli interventi di protesi d'anca, riparazione di ernia inguinale ed emorroidectomia.

Attesa mediana (in giorni) prestazioni di ricovero programmate



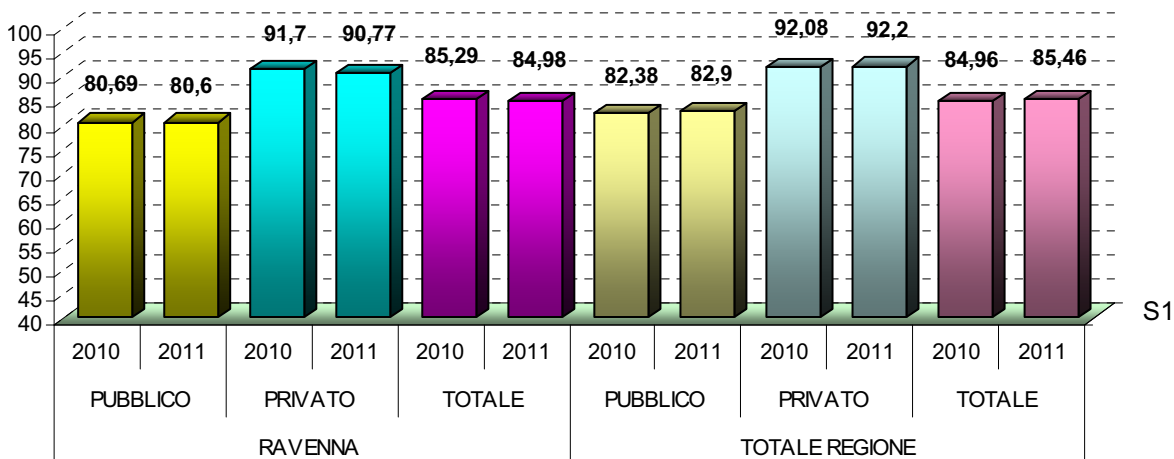
Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Analizzando l'andamento complessivo dell'attività di ricovero nel 2011 si è assistito ad un lieve decremento dell'attività chirurgica rispetto all'anno precedente passando da 21.576 DRG chirurgici per anno 2011 a 21.576 per anno 2010 con una differenza di - 1,2%.

In particolare tale decremento ha riguardato soprattutto la Chirurgia, l'Ortopedia e l'Ostetricia Ginecologia.

Nel 2011 resta buono l'andamento dell'indice di day surgery delle strutture pubbliche, espressione di appropriatezza nella scelta del livello di intensità assistenziale pur permanendo un potenziale margine di trasferibilità di una parte dell'attività chirurgica in regime di day surgery.

Indice di Day Surgery



Indice di Day Surgery: 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.
 Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La degenza media preoperatoria è in leggero aumento rispetto l'anno precedente sia per i ricoveri urgenti sia per i programmati.

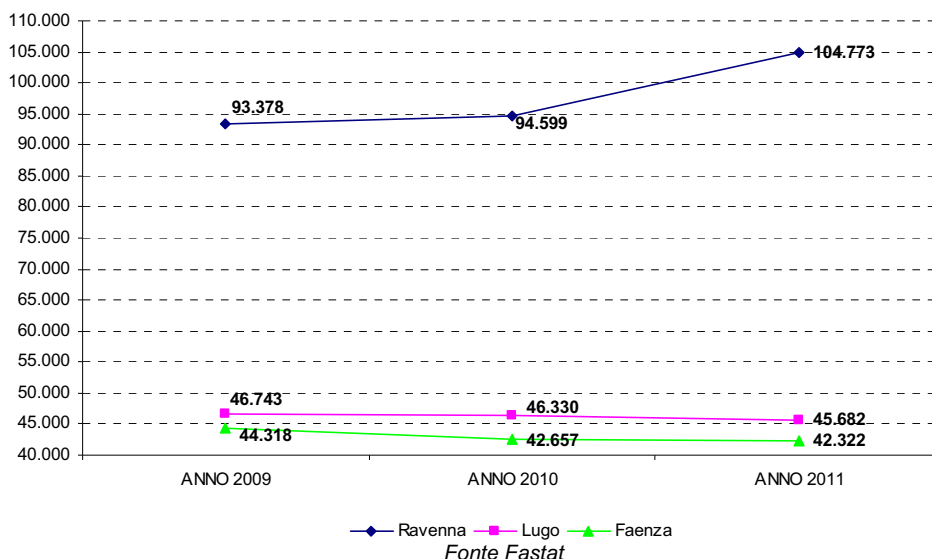
Degenza media preoperatoria

	2010	2011	Δ% 11 vs 10
Urgenti	0,93	1	0,07
Programmati	0,37	0,42	0,05

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

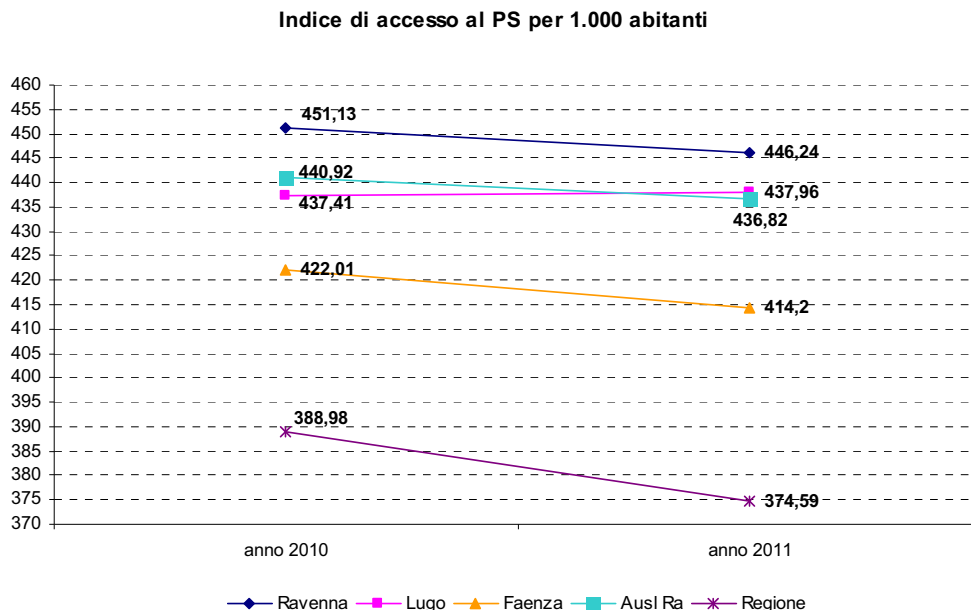
Pronto Soccorso. Nel 2011 si è assistito ad un sensibile incremento nell'utilizzo delle strutture dedicate all'emergenza-urgenza ed in particolare del Pronto Soccorso (a livello aziendale +5,1% rispetto al 2010). L'aumento è dovuto a esclusivamente a Ravenna (+10,75%) in quanto Lugo e Faenza presentano una modesta flessione degli accessi (rispettivamente -1,40% e -0,79%).

N°accessi al Pronto Soccorso



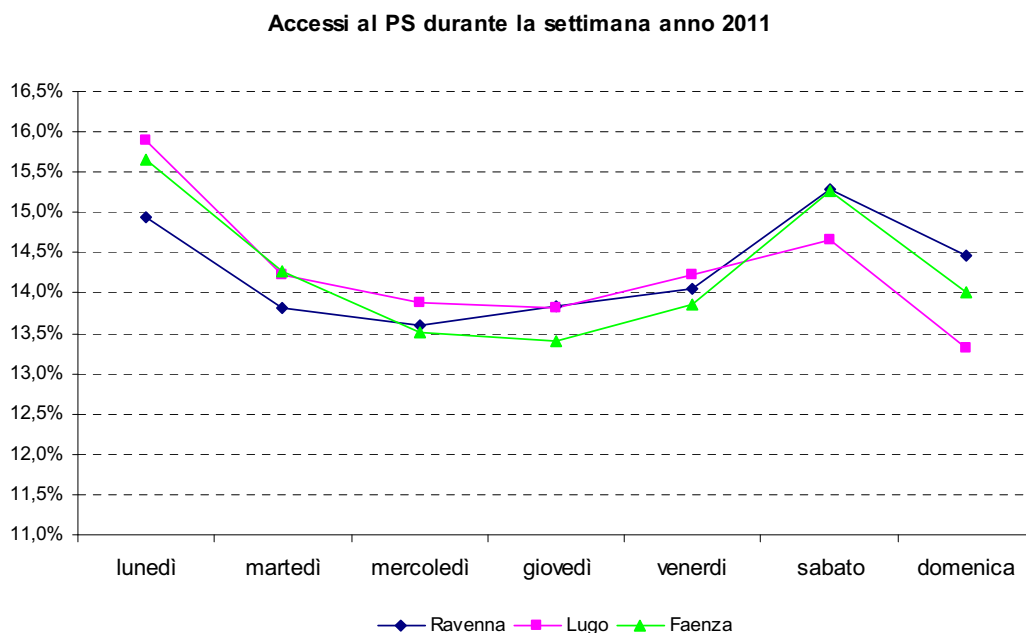
Fonte Fastat

L'indice di accesso al Pronto Soccorso pur in calo rispetto all'anno precedente rimane comunque sensibilmente superiore alla media Regionale presentando alcune differenze per ambito.



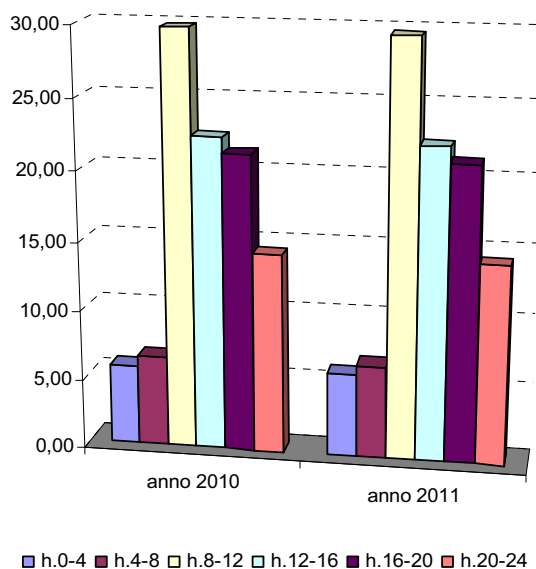
L'indice esprime genericamente il livello di utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione
 Fonte: Banca dati Regionale PS (Pronto Soccorso) - a cura del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

Anche nel 2011 la concentrazione massima degli accessi in pronto soccorso si verifica durante i fine settimana e nelle giornate di lunedì e nelle fasce orarie 8-16.



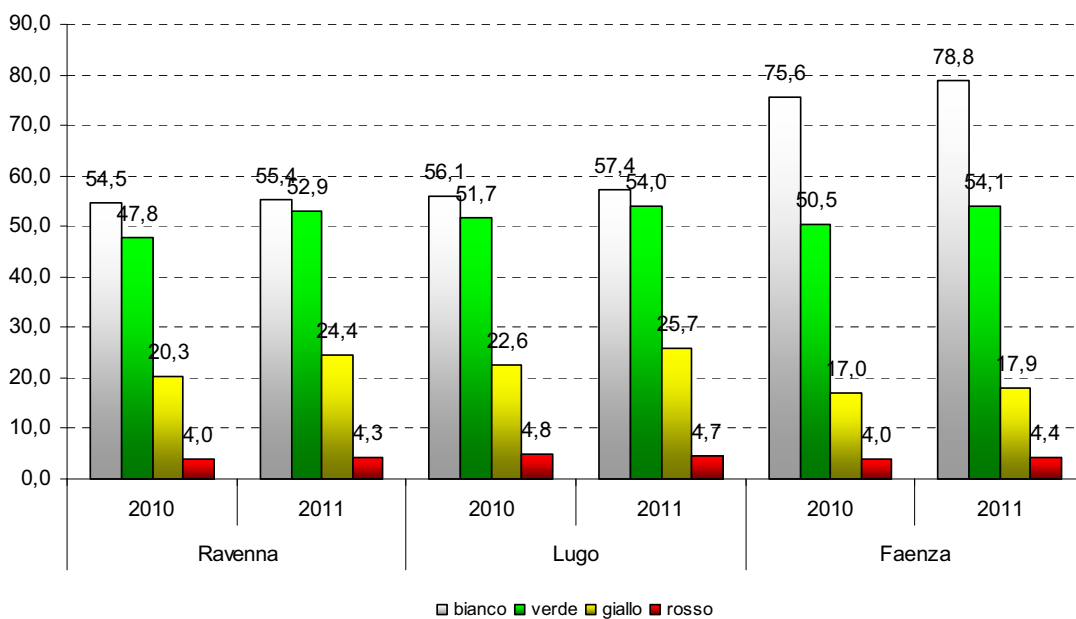
Fonte Fastat

Accessi in PS per fascia oraria



Fonte Fastat

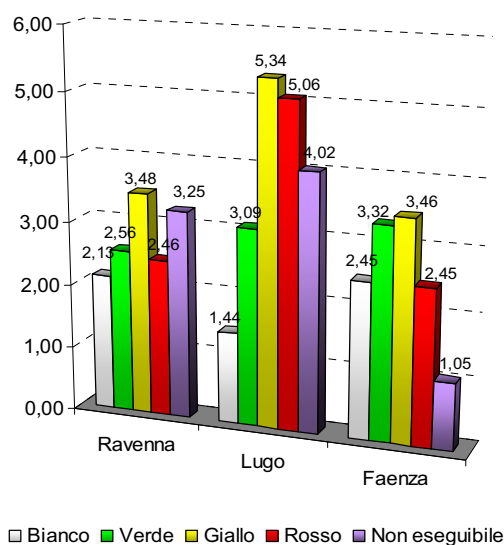
Tempi di attesa in min.per codice colore



Fonte Fastat

I tempi d'attesa delle diverse tipologie di codice colore, ad esclusione del codice rosso che ha accesso immediato agli ambulatori di pronto soccorso, nel 2011, hanno fatto registrare un lieve incremento presso i 3 pronto soccorso. Rimangono comunque entro gli standards di riferimento i tempi di attesa per gli accessi con codice colore bianco e verde su tutti e tre gli ambiti. Bisognerà invece mettere in atto i necessari interventi correttivi per garantire un'attesa non superiore ai 20 minuti per i codici gialli.

Durata media (ore, minuti) dell'accesso di PS per codice colore anno 2011



Fonte Fastat

La durata media dell'accesso per codice colore (dal momento dell'attribuzione del codice al triage all'esito dell'accesso) rimane piuttosto eterogenea anche nel 2011 i tempi medi di permanenza in PS dovrebbero mantenersi sui 150-180 minuti.

La percentuale di ricoveri ospedalieri rispetto al numero di accessi è in leggera flessione nell'anno 2011 rispetto agli anni precedenti e costantemente inferiore alla media Regionale. Questo testimonia una buona azione di filtro, anche in considerazione dell'attivazione dal 2009 del sistema della gestione giornaliera dei posti letto specialistici dedicati alla urgenza per i ricoveri da pronto soccorso.

Accessi e ricoveri - anni 2009-2011

		Ravenna	Lugo	Faenza	AUSL Ravenna	Totale Regionale
2009	Ricov./Acc.* 100	12,1	13,5	12,7	12,6	13,8
	Totale Accessi	93.378	46.743	44.318	184.439	1.823.753
2010	Ricov./Acc.* 100	12,2	13,2	13	12,6	14
	Totale Accessi	94.599	46.330	42.657	183.586	1.826.192
2011	Ricov./Acc.* 100	10,4	12,5	13,3	11,6	13,9
	Totale Accessi	104.773	45.682	42.322	192.777	1.864.847

fonte anno 2010 e successivi : banca dati regionale Pronto Soccorso

Il numero di accessi di pronto soccorso che esitano in "OBI " (osservazione breve intensiva) e che non sono seguiti da ricovero, dopo una progressiva riduzione registrata negli ultimi anni, rimane pressoché invariato rispetto all'anno precedente.

NUMERO DI ACCESSI IN OBI (non seguiti da ricovero)

	2007	2008	2009	2010	2011
RAVENNA	10.676	9.968	4.263	7.279	7.226
RER	56.324	65.528	59.010	74.116	74.123
Rapporto %	18,95%	15,21%	7,22%	9,82%	9,75%

fonte anni 2006-2009 : banca dati regionale ASA (Specialistica ambulatoriale)

fonte anno 2010 e successivi : banca dati regionale Pronto Soccorso

Piano Sangue e Plasma: raccolta e consumi. Anche nel 2011 l'attività di raccolta ha visto, un lieve aumento, associato ad un calo dei consumi (calcolato a livello di O.T.di Area Vasta Romagna). Per questo le unità raccolte nel 2010 sono state sufficienti a coprire il fabbisogno interno con un aumento delle unità di sangue cedute fuori RER

Confronto attività di raccolta sangue 2011-2010

Programma speciale sangue	raccolta 2010	raccolta 2011	Δ% 2011-2010
AVR	62.337	62.510	0,3%
TOTALE	253.500	254.000	0,2%

Confronto consumi di Unità "rosse" 2011-2010

Programma speciale sangue	consumi 2010	consumi 2011	Δ% 2011-2010
AVR	59.860	59.712	-0,2%
TOTALE	247.084	244.637	-1,0%

Confronto 2011-2010 unità di sangue cedute fuori RER

CRS	anno 2010	anno 2011	Δ% 2011-2010
unità cedute fuori RER	3.505	4.017	15%

Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue)

2.3.5 Qualità dell'assistenza

Buoni i risultati espressi attraverso gli indicatori di seguito riportati con riferimento alla qualità dell'assistenza.

Parti cesarei: nel 2011 si assiste ad un incremento del numero di parti cesarei rispetto all'anno precedente e rispetto alla media regionale.

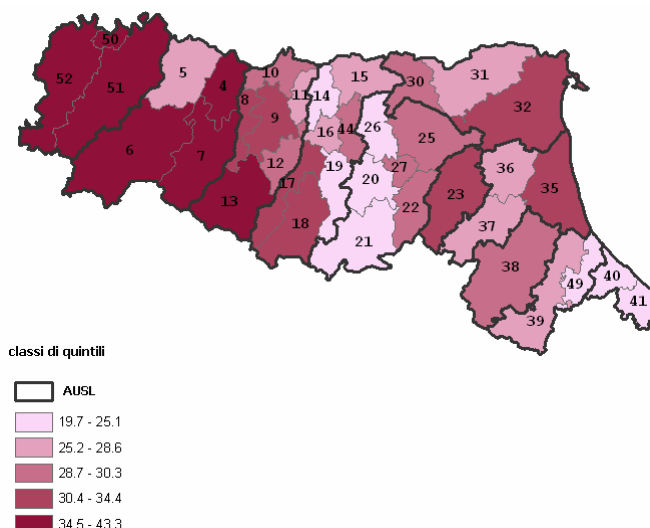
Proporzione di parti con taglio cesareo primario



Fonte: SDO+CEDAP

Nel 2011 il Servizio Aziendale di Partoanalgesia, operativo 24 ore su 24 presso il Presidio Ospedaliero di Ravenna, ha eseguito 406 (vs 434 nel 2010) procedure di parto analgesia, tale flessione è in linea con il calo del numero totale dei parti avvenuti nel territorio aziendale.

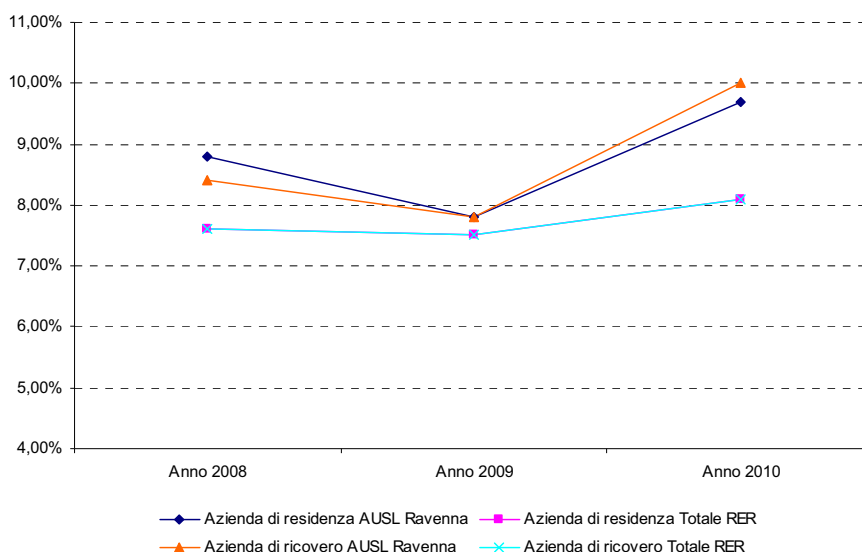
Percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti delle donne residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011.



Mortalità per infarto miocardio: nel 2010 (ultimo anno disponibile) ha presentato un sensibile incremento sia in confronto al 2009 che al valore medio regionale la mortalità per NSTEMI, mentre quella per STEMI è decisamente ridotta rispetto al 2009 e si avvicina alla media regionale.

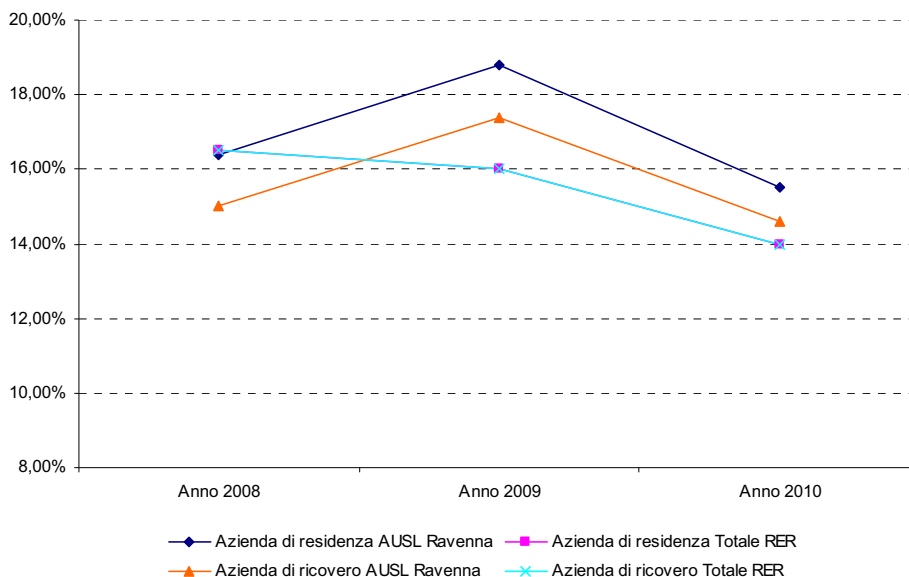
Mortalità per stroke: nel 2010 (ultimo anno disponibile) è risultata tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente ed al di sopra della media regionale

Proporzione decessi entro 30 gg dal ricovero per episodio di NSTEMI (Non ST Elevation Myocardial Infarction)



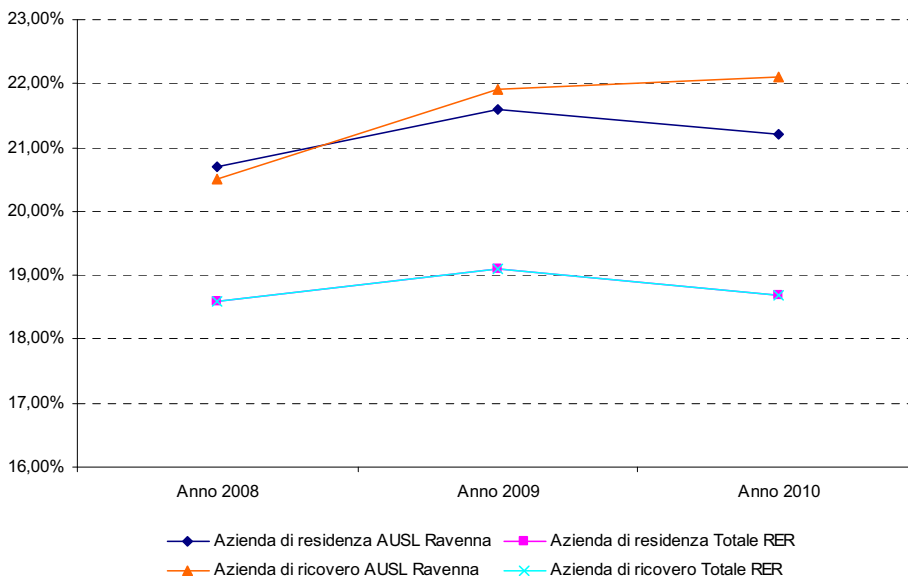
Fonte: SDO + REM + Anagrafe Assistenti Regionale

Proporzione decessi entro 30 gg dal ricovero per episodio di STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction)



Fonte: SDO + REM + Anagrafe Assistenti Regionale

Proporzione decessi entro 30 gg dal ricovero per episodio di STROKE



Fonte: SDO + REM + Anagrafe Assistenti Regionale

Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani: hanno un andamento molto variabile nel corso degli anni anche collegato ai diversi eventi epidemici, negli ultimi anni questi ricoveri si attestano costantemente al disopra della media RER sicuramente in relazione alla maggiore concentrazione di anziani presenti nella nostra provincia.

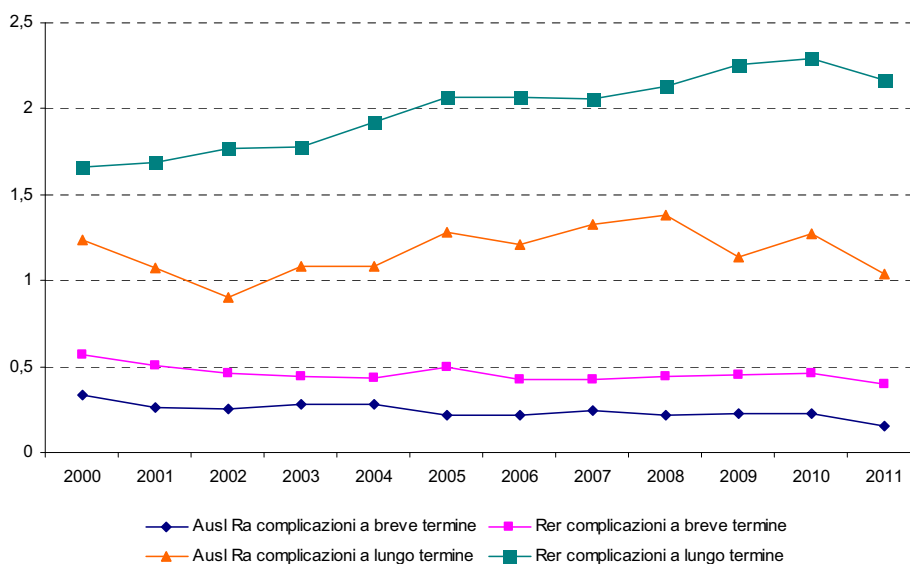
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 aa.) 1.000 residenti anziani.



Fonte SDO

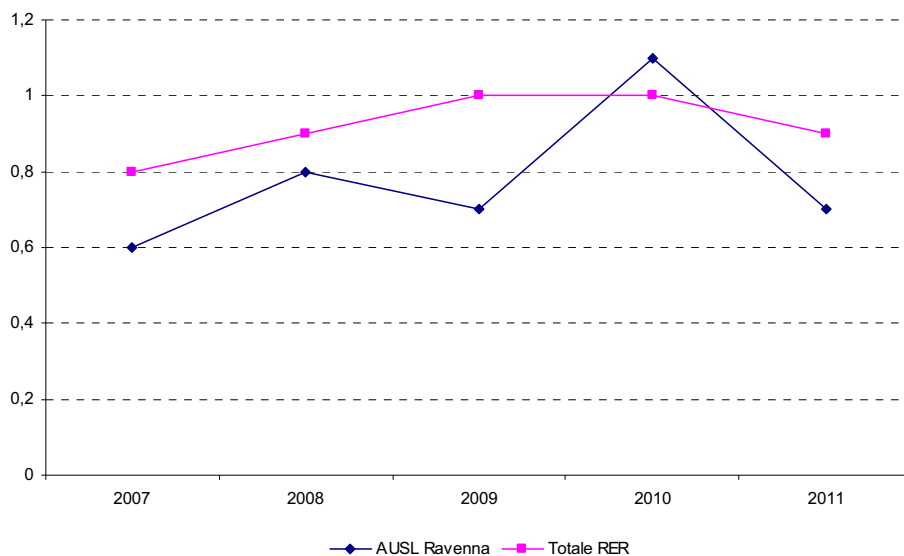
Trattamento del diabete: valutando le complicanze a breve e a lungo termine, che rapportate a 1.000 abitanti sono negli anni costantemente al di sotto della media RER, sembra ottenere un buona qualità di risultati. Anche il Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici su 10.000 residenti, tranne che per l'anno 2010, è inferiore alla media RER.

Diabete, complicazioni a breve ed a lungo termine per 1.000 residenti



Fonte: SDO

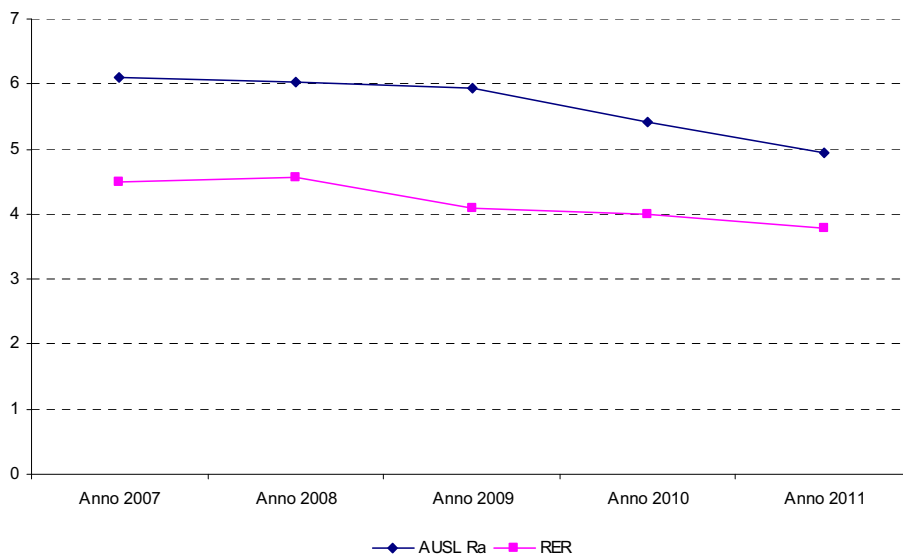
Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici 10.000 residenti



Fonte: SDO

Il tasso di ospedalizzazione evitabile per alcune delle principali patologie croniche, trattabili in maniera altrettanto efficace con forme di assistenza alternative al ricovero, evidenzia come il territorio nell'Azienda USL di Ravenna offra una buona presa in carico per le patologie legate al diabete, mentre, ha un tasso di ospedalizzazione evitabile più alto rispetto alla media regionale per la maggior parte delle restanti patologie croniche anche se in flessione rispetto l'anno precedente.

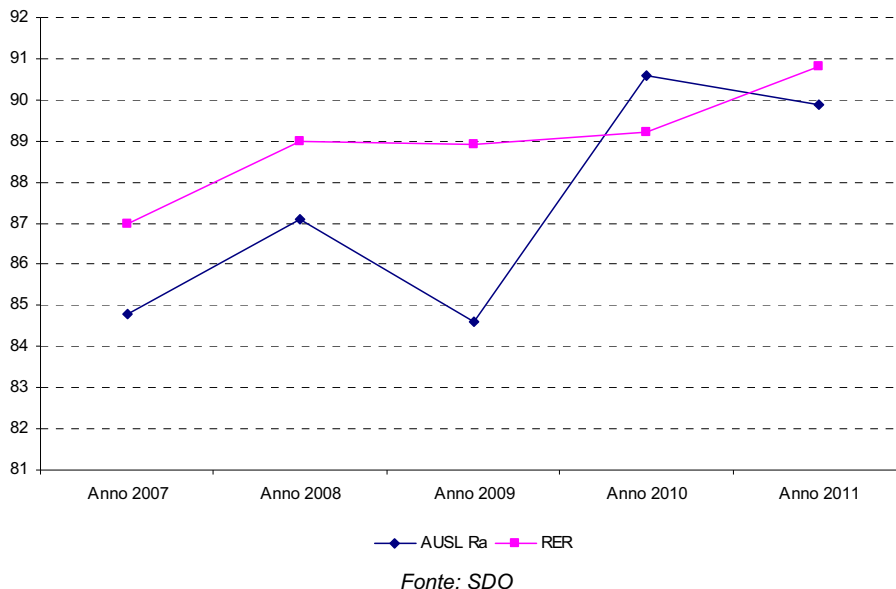
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari)*1.000 residenti.



Fonte: SDO

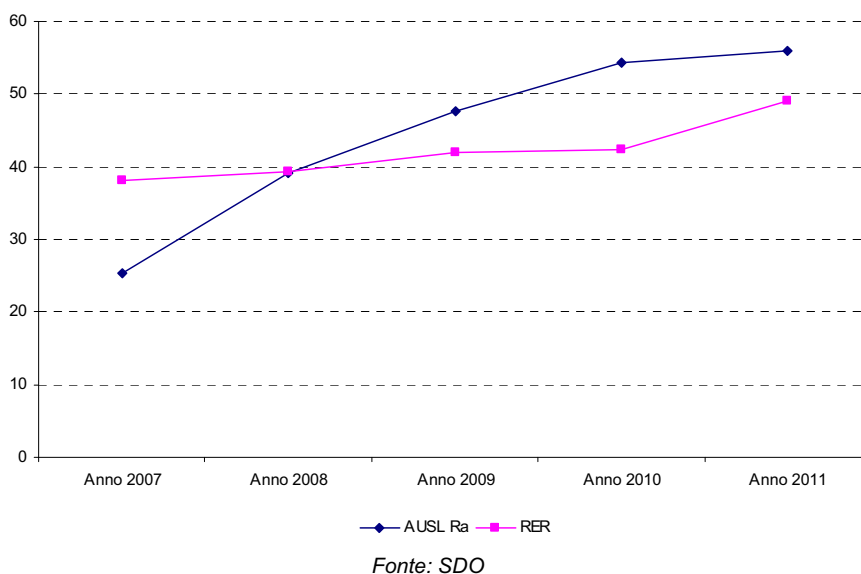
L'andamento degli interventi di di colecistectomia laparoscopica è in flessione nel 2011 rispetto al 2010, rimanendo però sostanzialmente in linea con il dato medio regionale.

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica

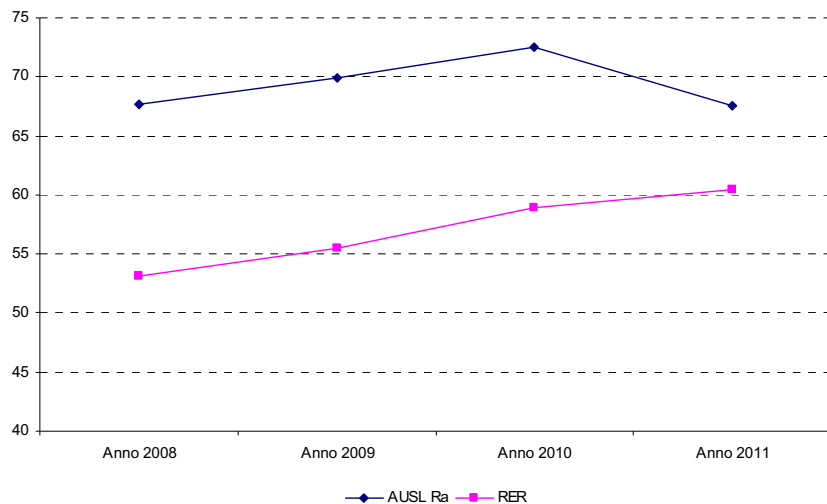


Nel 2011 rispetto all'anno precedente sono in incremento gli interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, in calo le PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI (rimanendo comunque sopra alla media RER), sostanzialmente stazionari i ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione ed il Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (rimando entrambi inferiori alla media RER).

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.

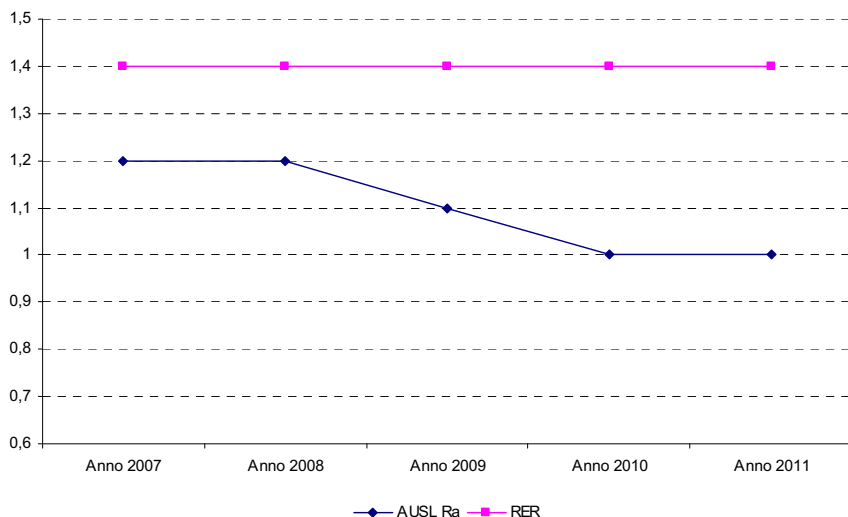


Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI.



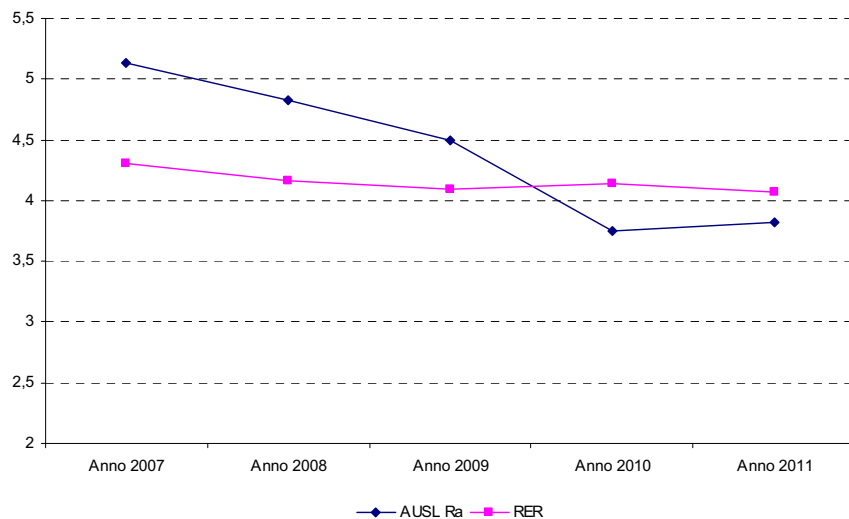
Fonte: SDO

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione.



Fonte: SDO

Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*1.000 residenti.



Fonte: SDO

2.4 Ricerca e didattica

Attività didattiche integrative Universitarie

L'azienda collabora con le Università della Regione Emilia-Romagna per lo svolgimento di attività didattiche integrative universitarie (tirocinio, formazione e orientamento) per varie tipologie di corsi di laurea. A questo scopo sono attive apposite convenzioni-quadro con gli Atenei di Bologna, Ferrara, Parma, Modena e Reggio Emilia.

Formazione Universitaria per la Professione Medica

L'Ausl è parte integrante della rete formativa per il completamento della formazione professionale degli specializzandi iscritti a diverse Scuole di Specializzazione delle Università della Regione Emilia-Romagna. In linea con le normative nazionali in materia di formazione specialistica e in osservanza al Protocollo d'Intesa regionale siglato in data 25.10.2006 tra Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma sono stati realizzati vari Accordi applicativi locali tramite sottoscrizione di apposite convenzioni.

Formazione Universitaria per le Professioni Sanitarie

Anche nell'anno 2011 l'Azienda USL di Ravenna ha attivato, in convenzione con le Università limitrofe, alcuni Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e più precisamente:

- Corso di Laurea in Infermieristica (attivato dall'a.a. 2003/2004 in convenzione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e la Fondazione Flaminia di Ravenna)
- Corso di Laurea in Logopedia (attivato dall'a.a. 2003/2004 in convenzione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e la Fondazione Flaminia di Ravenna)
- Corso di Laurea in Fisioterapia (attivati 2° e 3° anno di corso in convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara).

Si riportano, nella tabella sottostante, i dati relativi all'a.a. 2011/2012.

Corsi di Laurea	n. anni attivati	n. iscritti 1° anno	n. iscritti 2° anno	n. iscritti 3° anno	n. studenti in tirocinio	n. tutor aziendali	ore di tutorato	n. oper. docenti	n. ore docenza	n. coord. docenti	n. ore docenza
Fisioterapia	2	0	23	21	44	2	1.112,5	40	744	1	40
Infermieristica	3	62	55	73	190	7	1.530	41	818	1	45
Logopedia	3	12	9	10	31	2	860	9	216	1	48
Totali		74	87	104	265	11	3.502,5	90	1.778	3	133

2.5 Assetto organizzativo

Nel corso del 2011 non sono state apportate modifiche rilevanti sull'assetto organizzativo di questa Azienda.

LEGENDA MAPPE

AUSL	DISTRETTO	CODICE
Piacenza	Città di Piacenza	50
	Levante	51
	Ponente	52
Parma	Parma	4
	Fidenza	5
	Valli Taro e Ceno	6
	Sud-Est	7
Reggio Emilia	Montecchio Emilia	8
	Reggio Emilia	9
	Guastalla	10
	Correggio	11
	Scandiano	12
	Castelnuovo ne' Monti	13
Modena	Carpi	14
	Mirandola	15
	Modena	16
	Sassuolo	17
	Pavullo nel Frignano	18
	Vignola	19
	Castelfranco Emilia	44
Bologna	Casalecchio di Reno	20
	Porretta Terme	21
	San Lazzaro di Savena	22
	Pianura Est	25
	Pianura Ovest	26
	Città di Bologna	27
Imola	Imola	23
Ferrara	Ovest	30
	Centro-nord	31
	Sud-est	32
Ravenna	Ravenna	35
	Lugo	36
	Faenza	37
Forlì	Forlì	38
Cesena	Cesena-Valle Savio	39
	Rubicone	49
Rimini	Rimini	40
	Riccione	41

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali



Premessa

Come anticipato nell'introduzione del Direttore Generale, abbiamo scelto di dedicare il capito 3 del documento, alla rendicontazione del livello di perseguimento degli obiettivi di cui alla D.G.R. 732/2011 "linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011".

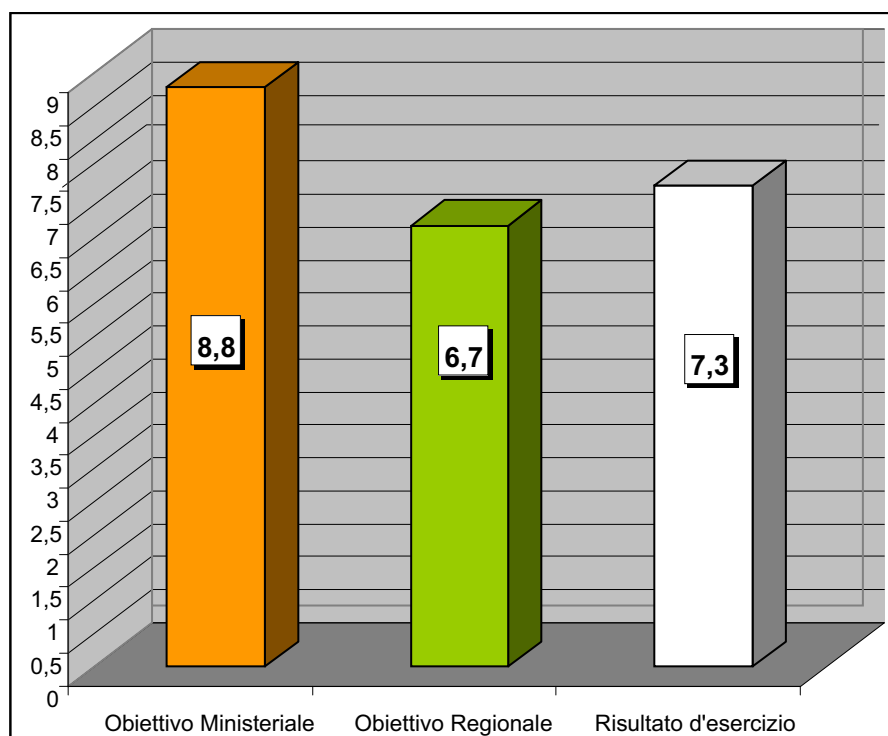
Di seguito andiamo pertanto a rendicontare lo stato di avanzamento, le azioni e i risultati raggiunti con riferimento agli obiettivi di cui agli allegati B e C della D.G.R. 732/2011.

3.1 Obiettivi di programmazione di cui all'allegato B della DGR 732/2011

3.1.1 Rispetto dell'obiettivo economico-finanziario

Il Bilancio d'esercizio 2011 si chiude con una perdita pari a 7,3 milioni di euro, con un miglioramento rispetto al bilancio preventivo di euro 4.366.888. Tale risultato è migliore rispetto all'equilibrio economico finanziario ministeriale, così come definito nella riunione congiunta del 24/3/2011 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, e pari agli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni a utilità pluriennale entrati in produzione entro l'anno 2009, corrispondente ad un importo di euro 8,8 milioni (cosiddetto obiettivo di secondo livello).

Lo scostamento rispetto all'obiettivo regionale, definitivo di primo livello, equivalente al valore degli ammortamenti netti dei beni a utilità pluriennale entrati in produzione entro l'anno 2007 e corrispondente ad euro 6,7 milioni, è di circa 0,6 milioni di euro.



valori in milioni di euro

Il risultato raggiunto è frutto di diversi fattori, interni ed esterni all'azienda, tra cui il proseguimento nell'attività di governo della crescita dei costi e l'effetto di provvedimenti nazionali e regionali.

I costi della produzione per l'esercizio 2011 sono stati di Euro 791,8 milioni, con un incremento rispetto all'esercizio precedente di Euro 4,8 milioni (+0,61%).

All'interno dei costi della produzione vi sono alcune voci che costituiscono di fatto delle "partite di giro", ovvero sono costi che l'Azienda sostiene a seguito di prestazioni effettuate da strutture private operanti nel proprio territorio a favore di residenti in altre Regioni e per i quali è previsto un sistema di rimborso. Al netto delle partite di giro relative a rimborsi per degenza, specialistica e termale a residenti extra RER, l'incremento registrato è pari a euro 3,4 milioni (+0,46%).

Uno dei fattori positivi che ha contribuito maggiormente al raggiungimento dell'obiettivo di bilancio è il costo della farmaceutica convenzionata esterna. Tale spesa ha registrato un decremento di quasi 6 milioni di euro.

Merita attenzione, sul versante del controllo dei costi, l'andamento registrato rispetto ai servizi tecnici. Rispetto agli esercizi precedenti, tale aggregato mostra una inversione di tendenza, registrando un decremento circa dell'1%.

Tale risultato positivo deriva, in parte dalla revisione e ottimizzazione dei servizi acquisiti, in parte dall'adesione a convenzioni intercent-ER. Tali risparmi hanno nettizzato gli incrementi dovuti agli adeguamenti delle tariffe agli indici ISTAT ed all'estensione a nuove aree destinate alla produzione di servizi sanitari.

Nel corso dell'esercizio, a seguito di provvedimenti nazionali e conseguenti provvedimenti regionali, sono stati reintrodotti i ticket per la specialistica e la farmaceutica, a compensazione del minor finanziamento nazionale.

Inoltre, sempre con provvedimenti nazionali, è stata modificata l'aliquota iva dal 20 al 21%, determinando un aggravio di costi per l'Azienda che, in qualità di utilizzatrice finale, escluse le partite commerciali, rileva l'iva in aumento del costo di acquisto di beni e servizi.

Di seguito si evidenziano le principali variazioni dei ricavi e dei costi e le ragioni che le hanno prodotte.

Finanziamento e valore della produzione:

Il valore della produzione dell'anno 2011 è stato pari a Euro 804,9 milioni con un incremento rispetto all'esercizio precedente di Euro 4,9 milioni (+0,61%); al netto delle partite di giro, l'aumento registrato è pari a 3,5 milioni (+0,47%).

descrizione	2010	2011	variazione	var%
CONTRIBUTI C/ESERCIZIO GESTIONE SANITARIA	684.752.421,08	683.957.634,32	- 794.786,76	-0,12
PROVENTI E RICAVI D'ESERCIZIO	47.098.353,16	48.162.499,54	1.064.146,38	2,26
RIMBORSI	46.292.582,32	47.379.928,32	1.087.346,00	2,35
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	12.555.735,32	12.884.413,82	328.678,50	2,62
STERILIZZAZIONE QUOTE AMMORTAMENTO	4.777.103,74	5.035.418,75	258.315,01	5,41
ALTRI RICAVI	4.572.737,10	7.536.718,79	2.963.981,69	64,82
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE	800.048.932,72	804.956.613,54	4.907.680,82	0,61

Per quanto riguarda la parte derivante dal Finanziamento Regionale, l'assegnazione è stata di Euro 683,9 milioni inferiore rispetto all'anno 2011 di Euro 0,8 milioni (-0,12%).

I contributi in c/esercizio a quota indistinta aumentano di oltre 4 milioni di euro e contemporaneamente viene diminuita l'assegnazione a titolo di riequilibrio all'incirca per pari importo.

I proventi d'esercizio aumentano di oltre un milione. Tale incremento è in gran parte determinato dal miglioramento della mobilità attiva infra ed extra RER e da maggiori ricavi per cessione di sangue a ospedali privati ed anche a maggiori introiti per sperimentazioni cliniche.

I rimborsi aumentano per maggiori prestazioni di degenza e specialistica effettuate dagli ospedali privati per residenti fuori regione. Tali aumenti sono tecnicamente partite di giro in quanto compensate da equivalenti aumenti di costi.

La compartecipazione alla spesa incrementa di 0,3 milioni di euro (+2,62%) a seguito delle disposizioni regionali che hanno reintrodotta il ticket sulla specialistica e sulla farmaceutica.

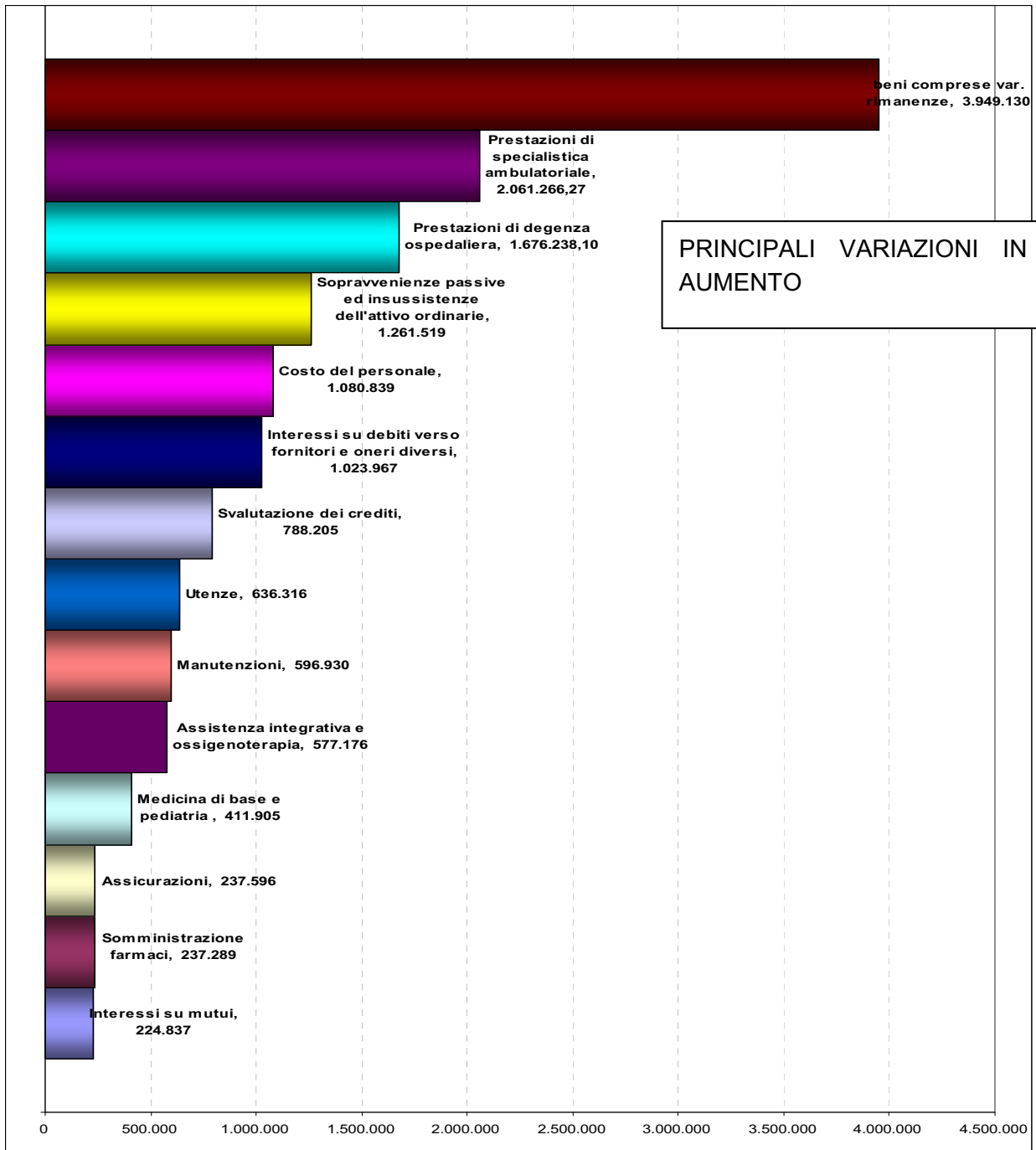
Gli altri ricavi aumentano di 2,9 milioni di euro, di cui 2,7 dovuti all'incremento delle sopravvenienze attive ed insussistenze del passivo principalmente a seguito di transazioni sugli interessi con i fornitori privati e di contestazioni accolte dagli ospedali privati.

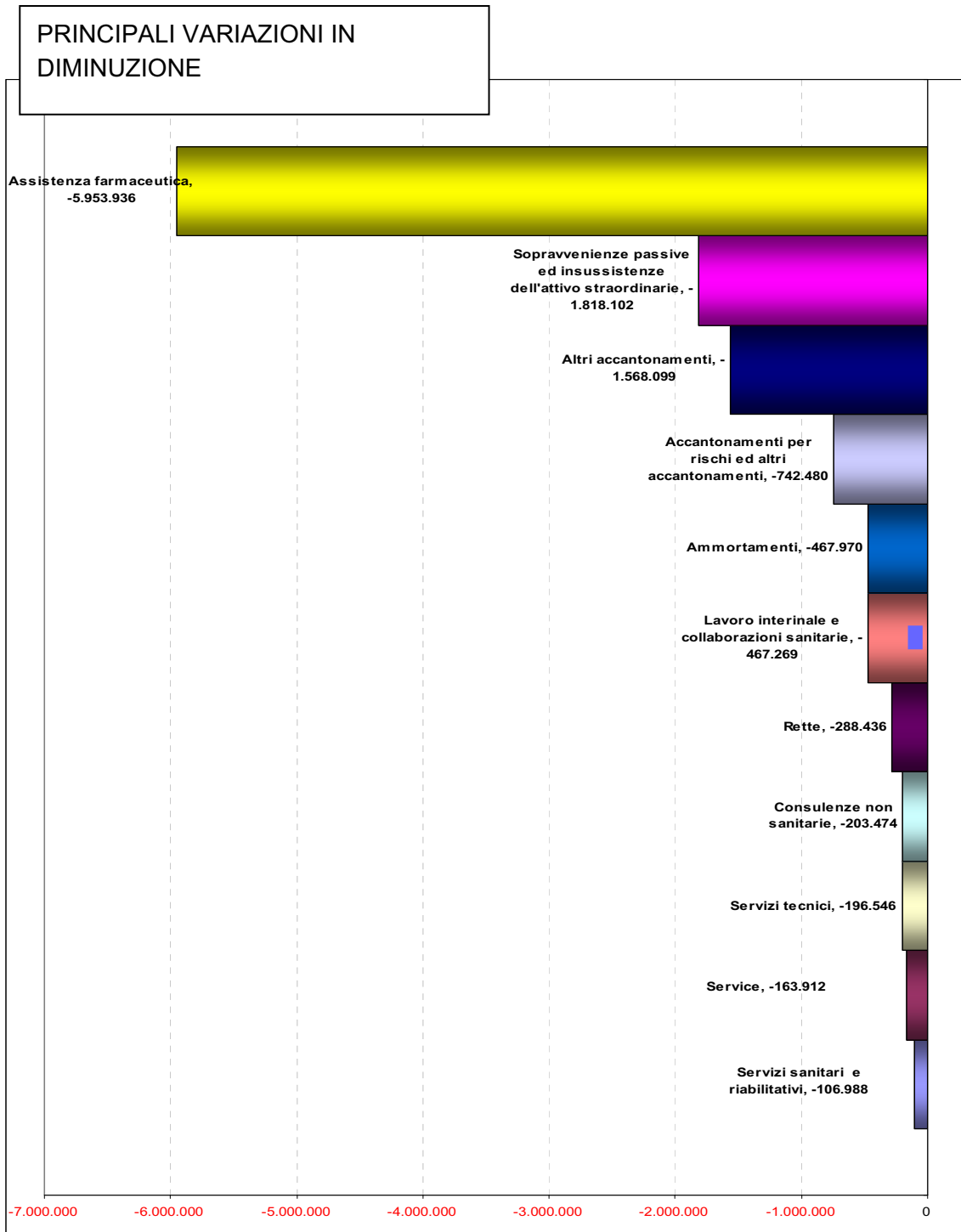
Costi della produzione, oneri finanziari e oneri straordinari:

I costi della produzione per l'esercizio 2011 sono stati di Euro 791,8 milioni, con un incremento rispetto all'esercizio precedente di Euro 4,8 milioni (+0,61%); al netto delle partite di giro relative a rimborsi per degenza, specialistica e termale a residenti extra RER, l'incremento registrato è pari a euro 3,4 milioni (+0,46%).

L'andamento dei costi ha registrato delle variazioni di segno opposto.

Di seguito si riportano in grafico le principali variazioni registrate sia in aumento sia in diminuzione. Per maggiori dettagli e per una più approfondita analisi degli andamenti registrati si rimanda alla lettura della relazione allegata al bilancio d'esercizio 2011 già trasmessa agli organi regionali.





Per maggiori approfondimenti inerenti l'ambito della sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale si rimanda al cap. 2.

3.1.2 Governo delle risorse umane

In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, le indicazioni programmatiche regionali per l'anno 2011, lasciavano in capo alle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale, la possibilità di determinare autonomamente la propria voce di spesa complessiva per le risorse umane nel 2011, compatibilmente con il proprio equilibrio economico-finanziario complessivo.

Il costo del personale dipendente dell'esercizio 2011 è stato pari a €237.451.535, in aumento di circa 1 milione di euro (+0,46%) rispetto all'esercizio precedente.

L'aumento è in gran parte determinato da stabilizzazioni, ai sensi degli accordi Regionali e Aziendali, di alcune figure professionali (Biologi), dal superamento di rapporti libero professionali con contestuale acquisizione di nuove risorse tramite le ordinarie forme di reclutamento (tempo determinato e indeterminato) di alcune figure professionali.

Di seguito il costo del personale ripartito per ruoli:

Descrizione		Esercizio 2010	Esercizio 2011	Var. assoluta	Var. %
13	COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE	236.370.697	237.451.535	1.080.838	0,46
01	Personale medico e veterinario	82.912.343	82.297.471	-614.871	-0,74
02	Personale sanitario non medico – dirigenza	6.246.891	6.606.649	359.758	5,76
03	Personale sanitario non medico – comparto	105.313.995	106.732.802	1.418.807	1,35
04	Personale professionale – dirigenza	366.598	370.906	4.309	1,18
05	Personale professionale – comparto		0	0	
06	Personale tecnico – dirigenza	721.015	702.006	-19.009	-2,64
07	Personale tecnico – comparto	23.529.624	23.736.780	207.156	0,88
08	Personale amministrativo – dirigenza	1.197.084	1.186.476	-10.608	-0,89
09	Personale amministrativo – comparto	16.083.147	15.818.445	-264.702	-1,65

La voce comprende l'intero costo per il personale dipendente, ivi compresi i miglioramenti di merito, i passaggi di categoria, gli scatti di contingenza, il costo delle ferie maturate e non godute, gli accantonamenti di legge e da contratti collettivi.

I rimborsi relativi al personale eventualmente comandato presso altre aziende ed enti, sono stati portati a riduzione del costo del personale.

Nel corso dell'esercizio, l'organico medio aziendale, distinto rispettivamente in personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato, ripartito per ruolo e calcolato come sommatoria dei mesi di attività retribuiti/12, ha subito la seguente evoluzione:

Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato	Esercizio 2010	Esercizio 2011	Variazione
Personale medico e veterinario	738	737	-1
Personale sanitario non medico - dirigenza	76	79	3
Personale sanitario non medico - comparto	2.553	2.533	-20
Personale professionale - dirigenza	2	2	0
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	3	2	-1
Personale tecnico - comparto	739	725	-14
Personale amministrativo - dirigenza	11	11	0
Personale amministrativo - comparto	485	471	-14
Totale personale a tempo indeterminato	4.607	4.560	-47

Personale dipendente in servizio a tempo determinato	Esercizio 2010	Esercizio 2011	Variazione
Personale medico e veterinario	41	36	-5
Personale sanitario non medico - dirigenza	7	11	4
Personale sanitario non medico - comparto	96	130	34
Personale professionale - dirigenza	2	3	1
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	4	3	-1
Personale tecnico - comparto	18	34	16
Personale amministrativo - dirigenza	1	1	0
Personale amministrativo - comparto	0	0	0
Totale personale a tempo determinato	169	218	49

Di seguito si rappresenta la dotazione organica al 31/12/ nel triennio 2009-2011:

Numero dipendenti e percentuale sul totale per tipologia contrattuale - anni 2009-2011

Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Di Ruolo	4.825	96,9%	4.805	96,5%	4.731	95,6%
Con incarico a tempo determinato	155	3,1%	174	3,5%	218	4,4%
Totale	4.980	100,0%	4.979	100,0%	4.949	100,0%

Anche nell'anno 2011, questa Azienda ha operato un rigoroso governo del turn-over, vista l'esigenza di rispettare l'obiettivo complessivo di bilancio assegnato dalla Regione.

A fronte di 218 cessazioni verificatesi nel corso del 2011, sono state effettuate 150 assunzioni a tempo indeterminato di cui: 113 unità sono state assunte per turn-over (101 unità) e ampliamento servizi (12 unità) e 37 per stabilizzazione intesa come trasformazione di posizioni di lavoro ricoperte con collaborazioni coordinate e continuative, contratti libero professionali e rapporti di lavoro a tempo determinato in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato.

La stabilizzazione ha riguardato diverse figure e precisamente:

- dirigenti medici 12 unità
- dirigenti biologi 5 unità
- dirigente delle professioni sanitarie 1 unità
- personale del comparto sanitario 19 unità

Nell'arco temporale 2007-2011, ad eccezione dell'anno 2009, questa Azienda ha sempre registrato un indice di turn-over inferiore a quello medio di riferimento individuato dal livello regionale

(0,96%); complessivamente, nel periodo considerato l'Ausl di Ravenna ha avuto un indice di turn over pari allo 0,81%.

In applicazione delle disposizioni previste dal Decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, in legge 30 luglio 2010 n.122 " Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" all'art.9 titolato "contenimento della spesa in materia di impiego pubblico" ed indirizzi tecnico-operativi forniti dal livello regionale, si è proceduto:

- comma 2: alla riduzione dei trattamenti economici complessivi dei dipendenti superiori a 90.000 € lordi annui, nelle percentuali previste, per un ammontare complessivo di € 105.694.
- comma 2 bis: alla determinazione della consistenza dei Fondi contrattuali destinati al finanziamento del trattamento accessorio anno 2011 del personale dipendente nel livello consolidato del 2010.

Per il Fondo ex art. 8 C.C.N.L. 31.7.2009 (Fondo produttività) del Comparto, la consistenza anno 2011 è stata decurtata della somma pari a € 463.358,21 integrata nel Fondo anno 2010, risultante dall'applicazione dell'intesa RER del 20.09.2011 recepita con Accordo integrativo 6.10.2011, a finanziamento di obiettivi di flessibilità organizzativa.

Lavoro interinale e collaborazioni

In flessione il ricorso a forme di lavoro autonomo, finalizzato ad esigenze di natura temporanea quali, ad esempio, per fronteggiare esigenze transitorie a garanzia della continuità dell'assistenza alla popolazione di riferimento, spesso in situazioni di momentanea carenza di alcune risorse professionali sul mercato del lavoro e nelle more dell'espletamento delle ordinarie procedure concorsuali/selettive, oltre che esigenze di tipo progettuale-sperimentale generalmente sostenute e finanziate con fondi erogati da terzi.

Tab. A 2 -Tipologia Contrattuale			
LAVORO AUTONOMO/BORSE DI STUDIO	2009	2010	2011
CONTRATTI CO.CO.CO.	11	6	7
CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	81	65	64
PRESTAZIONI OCCASIONALI	13	3	2
BORSE DI STUDIO	3	6	5

Andamento costi del lavoro interinale e collaborazioni:

Descrizione		Esercizio 2010	Esercizio 2011	Var. assoluta	Var. %
15	Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie	2.568.972	2.101.703	-467.269	-18,19
04	Lavoro interinale e collaborazioni non sanitarie	401.304	403.330	2.026	0,50

A fronte delle stabilizzazioni effettuate nel corso del 2011 (Biologi), ai sensi degli accordi Regionali e Aziendali, e il superamento di alcuni rapporti libero professionali a seguito assunzione risorse

tramite le ordinarie forme di reclutamento (tempo determinato e indeterminato), si riducono i costi, in particolare per le forme di lavoro interinale e collaborazioni sanitarie, di circa 0,5 milioni (-18%).

		2010	2011	variazione	%
	Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie	2.568.972	2.101.703	- 467.269	-18,19
1015002	Collaborazioni coordinatee continuative	21.788	16.788	- 5.000	-22,95
1015003	Altre forme di lavoro autonomo	2.004.820	1.618.728	- 386.091	-19,26
1015004	Borse di studio	110.120	81.157	- 28.963	-26,30
1015005	Altro	432.245	385.029	- 47.215	-10,92

Medicina di base e pediatria e medicina dei servizi

Il costo per tale aggregato aumenta di 0,4 milioni di euro, pari all1,1%.

		2010	2011	variazione	%
	Medicina di base e pediatria	37.532.046	37.943.951	411.905	1,10
1005001	Medici di base	30.352.816	30.492.397	139.581	0,46
1005002	Medicina di base e pediatria da aziende sanitarie della Regione per residenti	312.669	332.684	20.015	6,40
1005003	Medicina di base e pediatria da aziende sanitarie di altre Regioni per residenti	60.383	63.268	2.885	4,78
1005004	Pediatri di libera scelta	6.612.283	6.813.700	201.417	3,05
1005005	Oneri per arretrati convenzioni Medici di base e Pediatri di Libera Scelta	-	-	-	
1005006	Medicina dei servizi territoriali	193.895	241.903	48.008	24,76

La spesa per l'Assistenza Primaria aumenta rispetto all'esercizio precedente di € 139.581; tale incremento è dovuto alla variazione della popolazione assistita che è passata da 340.359 presenti al 31.12.2010 a 342.638 al 31.12.2011 (+ 2.300 assistiti incarico in un anno) comportando un aumento di circa euro 20.000 oltre ad Enpam per la quota fissa; i restanti aumenti derivano dalla messa a regime per tutti i medici di alcuni istituti quale il progetto SOLE, dall'aumento dell'assistenza domiciliare programmata, dall'aumento degli assistiti in carico a medici in gruppo e rete per circa euro 90.000 + Enpam.

Per quanto riguarda la Pediatria di libera scelta l'incremento di spesa pari a euro 201.417 deriva da un aumento di popolazione pediatrica assistita: si è passati da 42.506 assistiti in carico al 31.12.2010 a 43.824 assistiti in carico del 31.12.2011 (+1.318 assistiti) con un aumento nella

quota fissa di circa euro100.000 + Enpam; conseguentemente anche la quota variabile è aumentata soprattutto per il maggior numero di assistiti iscritti a PLS associati in gruppo, per maggiore indennità collaboratore studio medico, per collegamento al sistema SOLE, per l'incremento del numero di bilanci di salute e delle dimissioni protette e per l'aumento del numero dei libretti dello sportivo, per circa euro 80.000 + Enpam.

Negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un costante e progressivo aumento della popolazione adulta e pediatrica assistita: ciò comporta automaticamente un aumento della spesa, più evidente nei PLS in quanto le quote capitarie sono più consistenti rispetto quelle dei MMG.

Per quanto riguarda il costo per Medicina dei Servizi, l'aumento di spesa dell'anno 2011 rispetto al 2010, quantificato in euro 48.008 è motivato dal passaggio della medicina penitenziaria da medici (n.3) con contratti libero professionali ad incarichi a tempo determinato inquadriati come medici convenzionati nella Medicina dei Servizi territoriale, ciò sulla base di espressa indicazione regionale (D.G.R. 372/2010).

Continuità assistenziale e medici dell'emergenza

Non si sono registrate variazioni di rilievo nei costi, rispetto all'esercizio precedente. L'incremento di spesa, pari all'1,75%, è quasi interamente da imputare a maggiori incarichi conferiti nell'esercizio rispetto a quelli dell'anno precedente ricorrendo all'utilizzo della graduatoria dei Medici dell'emergenza Territoriale nell'ambito dei percorsi previsti dall'ACM e dall'ACR, stante l'impossibilità oggettiva verificatasi nell'anno 2011 di reperire personale a rapporto di dipendenza.

		2010	2011	variazione	%
	Continuità assistenziale e medici dell'emergenza	2.558.077	2.602.806	44.729	1,75
1006001	Continuità assistenziale	2.322.622	2.318.800	- 3.822	-0,16
1006002	Medici dell'emergenza	235.455	284.006	48.551	20,62

Per maggiori approfondimenti e ulteriori informazioni si rimanda al cap. 4.

3.1.3 Governo della spesa farmaceutica

I risultati conseguiti in termini di andamento della spesa farmaceutica nelle sue diverse modalità erogative (territoriale, distribuzione diretta e ospedaliera) sono descritti nel capitolo 2 del presente documento. Mentre, le azioni messe in atto e i risultati conseguiti con riferimento agli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, sono descritti di seguito (si veda quanto rendicontato di seguito con riferimento agli obiettivi da B.11 a B.17).

3.1.4 Politiche d'Area vasta e politiche per d'acquisto di beni e servizi

E' ormai consolidato da alcuni anni il ricorso a gare aggregate di Area Vasta Romagna e a gare Intercent-ER.

Nel corso del 2011 si è ulteriormente rafforzato il sistema di aggregazione delle attività di supporto in Area Vasta con la gestione unitaria dei farmaci, fino all'avvio del Magazzino Unico di AVR. L'anno 2011 ha visto confluire nel magazzino unico di AVR le Aziende di Cesena e Rimini, seguiranno, entro il 2012, le Aziende di Ravenna e Forlì.

Le procedure programmate in unione d'acquisto di AVR, per il biennio 2011/2012 sono complessivamente 100 di cui :

- n. 28 concluse nell'anno 2011 ;
- n.42 avviate nel corso dell'anno 2011;
- n.3 aggregate a gare già concluse ;
- n. 27 "programmate per l'anno 2012

Per un totale di 73 procedure gestite nell'anno 2011 .

L'importo complessivo degli ordini relativi a beni e servizi mediante utilizzo dei contratti unici sottoscritti in esito a gare di AVR per l'anno 2011 ammonta ad EURO 46.123.464,82

Intercent-ER.

La Regione Emilia Romagna, con delibera n. 732/11, ha fissato, anche per l'anno 2011, quale obiettivo per le Aziende Sanitarie, una progressiva riduzione del ricorso alle gare aziendali a favore dell'adesione alle gare aggregate di Area Vasta e di Intercent-er , con consolidamento dei dati di adesione del 2010 .

Per le categorie merceologiche – oggetto di procedura Intercent-ER – questa Azienda ha provveduto a non esperire o avviare gare individuali o di Area Vasta.

Nel corso dell'anno 2011 sono stati approvati sia atti afferenti alla quantificazione degli oneri relativi ad adesioni effettuate negli anni precedenti sia atti afferenti a nuove adesioni a convenzioni Intercent-ER per un importo complessivo a carico dell'anno 2011, pari a EURO 46.305.565,92 .

Gli ordinativi emessi nei confronti di Intercent-Er da parte dell'AUSL di Ravenna, ammontano ad un importo di EURO 23.528.403,00.

Le quattro Aziende di AVR nel 2011 hanno utilizzato le convenzioni Intercent-er per un valore complessivo di 165 ml di euro, ottenendo quindi il rilevantisimo risultato del 37% di acquisti per beni e servizi con utilizzo delle convenzioni Intercent-er, pari + 12% rispetto all'obiettivo del 25%, miglior performance assoluta in ambito regionale nell'anno 2011.

E' anche migliorata di 2 punti % l'aggregazione rispetto al 2010, sempre per l'ambito regionale.

Inoltre l'AVR risulta l'Area Vasta con minor ricorso agli acquisti in economia e maggior aggregazione di beni e servizi in area vasta.

3.1.5 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

L'argomento trova trattazione nel capitolo 2 del presente documento.

3.1.6 Piano Investimenti

Investimenti Strutturali.

Alla fine del 2011 è stata completata la 1^a fase dei lavori per la realizzazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A) presso il Presidio Ospedaliero di Ravenna per un valore complessivo dell'investimento di € 30.281.694,00.

Nel corso dello stesso anno è stata avviata la realizzazione della 2^a fase del D.E.A, opera valorizzata in € 11.750.000,00, che prevede il completamento delle aree parzialmente realizzate nella 1^a fase, ad alta intensità di cura quali: rianimazione, terapia intensiva coronarica, emodinamica e blocco operatorio.

Il completamento dei lavori di ristrutturazione ha consentito la riapertura, nel corso del 2011, del reparto di Lungodegenza presso la Struttura Sanitaria di Cervia, che ha comportato un investimento complessivo di € 1.475.000,00 e l' apertura della nuova zona ambulatoriale, sale parto e spazi destinati al day hospital dell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia del Presidio Ospedaliero di Ravenna, per un investimento complessivo pari ad euro 2.400.000,00.

Sono state inoltre espletate le procedure di gara propedeutiche alla assegnazione dei lavori per la realizzazione dei sotto riportati interventi:

- Lavori di manutenzione ai presidi antincendio: Interventi strutturali nei presidi ospedalieri e territoriali; manutenzione ai presidi antincendio strutturali e tecnologici dei fabbricati ospedalieri ed extraospedalieri dell'AUSL di Ravenna per un valore dell'opera di € 5.000.000,00;
- Adeguamento prevenzione incendi: impianti di rilevazione incendi e diffusione sonora Presidi Ospedalieri per un importo dei lavori € 3.350.000,00 ;
- Progettazione esecutiva ed esecuzione dei lavori di adeguamento funzionale dell'ex ospedale di Brisighella a residenza psichiatrica, nucleo delle cure primarie ed attività ambulatoriali; per un valore dell'opera di € 3.150.000,00;
- Realizzazione struttura per Dipartimento Salute Mentale Ravenna per un valore dell'opera di € 4.000.000,00.

Nel corso del 2011 è stata completata la fase relativa alla progettazione definitiva per la realizzazione dell'opera di: "Adeguamento normativo Ospedale di Faenza : collegamenti verticali ed accessi Ala Est con trasferimento ed ampliamento del Pronto Soccorso.- Intervento 303" e la fase relativa alla progettazione preliminare per la realizzazione del "Padiglione Materno Infantile, Chirurgico e Centrali tecnologiche – Nuovo padiglione D del Presidio Ospedaliero di Lugo - Intervento n. 304"

La gestione sistematica delle manutenzioni agli immobili con impianti in uso o in proprietà dell'AUSL di Ravenna, attuata con processo informatizzato C.M.M.S (computer management maintenance service che in italiano equivale a "sistema informatizzato di gestione della manutenzione") già operativa dal 2008, ha consentito il mantenimento in efficienza del patrimonio assoggettato a manutenzione e la realizzazione di tutti gli interventi necessari per adeguamenti normativi. La vetustà di molte strutture e l'evoluzione dettata dal modificarsi degli assetti

organizzativi e strutturali richiede continui interventi di manutenzione. Fra i più significativi realizzati nel corso del 2011 si citano i seguenti:

- il completamento della realizzazione dei laboratori a risposta rapida per ciascuna delle strutture ospedaliere;
- la concentrazione del Servizio di Anatomia Patologica presso una unica sede;
- la riorganizzazione dei servizi territoriali tramite l'allestimento e adeguamento dei locali per la medicina di gruppo;
- la ristrutturazione e trasferimento del reparto di degenza Gastroenterologia nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Ravenna;
- la riorganizzazione dei consultori dell'Ambito territoriale di Ravenna.

Investimenti Tecnologici anno 2011

Gli investimenti tecnologici relativamente all'anno 2011, compatibilmente con i finanziamenti disponibili, sono stati finalizzati alle necessità di rinnovo tecnologico di quelle attrezzature che presentavano un livello di obsolescenza tecnologica e funzionale tale da non poter garantire un'adeguata risposta all'analisi funzionale, alla diagnosi o alla terapia.

Nel corso dell'anno sono state collaudate in ambito aziendale apparecchiature per complessivi € 5.200.000, di cui € 1.440.000 derivanti da acquisti in conto capitale, mentre i rimanenti rappresentano il valore d'acquisto di apparecchiature acquisite in locazione o service.

L'investimento tecnologico più rilevante riguarda l'acquisto, sotto forma di noleggio quinquennale, di strumentario endoscopico ed altre attrezzature di supporto, quali lavaendoscopi, elettrobisturi, sino all'arredo tecnico, necessario al rinnovo della quasi totalità del parco attrezzature della UO di Endoscopia Digestiva dell'Azienda USL di Ravenna. Sono stati acquistati più di 100 strumenti endoscopici ad alta definizione, lavaendoscopi, armadi ventilati per lo stoccaggio degli strumenti, sistemi per ecoendoscopia, elettrobisturi con modalità di funzionamento ad argon plasma, idrodissettori, sistemi per videoendoscopia capsulare, sistemi per la valutazione della motilità intestinale (fisiopatologia digestiva).

Altri investimenti hanno interessato l'area di Diagnostica per immagini con l'aggiornamento di due TC da 6 a 16 slice, l'integrazione dei sistemi PACS anche per quanto riguarda il settore di emodinamica e l'acquisto di n. 4 apparecchiature ecografiche (per le UO di Medicina d'Urgenza, Cardiologia, Ginecologia e Medicina).

Un altro rinnovo tecnologico importante ha interessato il Dipartimento d'emergenza con l'acquisto, per rinnovo di analoghe apparecchiature obsolete, di n. 6 ventilatori polmonari da terapia intensiva. Sempre relativamente all'area di emergenza sono stati acquistati, con un investimento che ha interessato l'emergenza territoriale 118 di tutta l'Area Vasta, dei sistemi di compressione toracica, da utilizzarsi su tutte le ambulanze del 118, oltre che per i Servizi di Pronto Soccorso e Cardiologia.

Per l'UO di Oculistica un importante rinnovo tecnologico ha interessato l'apparecchiatura per tomografia a coerenza ottica (OCT), indispensabile per l'attività diagnostica oftalmologica.

Da considerare infine anche il rinnovo di tutte le apparecchiature per emodialisi, effettuato mediante nuova gara di service sul materiale di consumo, che ha interessato le quattro aziende dell'Area Vasta Romagna

3.2 Aree strategiche di cui all'allegato C della DGR 732/2011

A. DIGNITA' DELLA PERSONA

A.1 Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito; miglioramento comprensibilità e chiarezza del linguaggio nella relazione operatore assistito e nella redazione di materiali informativi

Nel corso dell'anno 2011 sono state sviluppate le seguenti azioni:

- Revisione sistematica delle condizioni di accesso dei familiari e/o amici e delle figure di supporto alle attività di vita quotidiane, presso le diverse realtà organizzative di degenza, in modo tale da circoscrivere al minimo i momenti in cui sono interdette le loro presenze e garantire l'estensione delle fasce orarie di accesso.
- Revisione sistematica della documentazione infermieristica - tecnica, con particolare riguardo alla fase della pianificazione assistenziale. In seconda istanza, per alcune aree assistenziali (post acuto, riabilitazione intensiva, hospice, riabilitazione psichiatrica, SPDC), l'elaborazione in team del piano assistenziale, ha visto il coinvolgimento attivo della persona assistita e/o del care giver.
- Revisione-rielaborazione di tutto il materiale informativo volto ad orientare, formare, educare e sensibilizzare l'utente.
- Intervento formativo rivolto al personale delle portinerie e punti informativi aziendali inerente la "comunicazione dei gesti" per utenti non udenti.
- Potenziare, rispetto ai dati dell'anno 2010, i processi di "dimissione protetta" garantendo all'utente un punto di riferimento professionale (vedi anche punto B.8)
- Partecipazione al percorso formativo regionale sulla Health Literacy di 3 operatori della Ausl di Ravenna (un professionista della comunicazione, un medico ed un infermiere impegnati nel percorso oncologico) al fine di rispondere alla necessità di sviluppare e migliorare le modalità di comunicazione delle informazioni ai cittadini, secondo le evidenze di letteratura sul tema della health e statistical Literacy. Gli operatori, sia dell'area comunicazione che sanitaria, al termine del loro primo step formativo, si sono confrontati sui risultati ottenuti in una sessione plenaria, con l'obiettivo di fare il punto della situazione e integrare nell'attività quotidiana le tecniche apprese.
- Ricorso ad interventi psicoeducativi individuali e familiari per la consegna della diagnosi, nei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche. La psicoeducazione è una forma specifica di educazione volta ad aiutare le persone con disturbi mentali o vicine alle persone affette da tali disturbi ad accedere ad una serie di informazioni in maniera chiara e concisa al fine di aumentare e acquisire capacità di gestione della malattia e delle sue conseguenze.
- Redazione da parte della U.O.Neuropsichitria Infantile di una brochure in cui specifica la tipologia di utenza a cui si rivolge, quali tipi di percorso offre e di quali tipi di patologie si fa carico. Specifica, inoltre, chi sono gli operatori che vi lavorano e in che modo attuano il Percorso Diagnostico Integrato con le Agenzie Educative. Inoltre è possibile chiedere agli operatori della UONPI materiale informativo relativo a: indennità di frequenza o accompagnamento, invalidità civile, esenzione per patologie specifiche, ausili; linee guida adottate nella diagnosi e nella presa in cura dei vari disturbi; Associazioni di familiari dei bambini e degli adolescenti affetti dai vari disturbi e presenti a livello locale, regionale o nazionale.

A.2 Migliorare la conoscenza e l'accesso al sistema dei servizi per le persone non autosufficienti

Al fine di diffondere le informazioni che riguardano le opportunità di cura e di assistenza riguardanti le demenze senili nella rete dei servizi, nell'anno 2010, è stato aggiornato e ristampato l'opuscolo informativo "Tempo prezioso. Un aiuto per chi affronta i problemi del deterioramento cognitivo". L'opuscolo è stato sia inviato ai servizi sociali territoriali e alle associazioni di familiari, che consegnato in maniera mirata in tutte le occasioni di contatto degli operatori socio-sanitari con i care-giver di persone con demenza: durante le visite domiciliari della UVG, durante le sedute della Commissione per il riconoscimento della invalidità civile e dell'handicap, durante gli incontri formativi-informativi e di sostegno per familiari realizzati nei tre ambiti, in occasione della sottoscrizione dei contratti per la concessione dell'assegno di cura, in occasione delle 13 conferenze informative e di divulgazione sulle demenze realizzate.

In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer, nell'anno 2011, il materiale è stato distribuito unitamente alle locandine che riportano la programmazione degli incontri periodici di sostegno organizzati per gruppi di familiari in ogni distretto.

In tutte le occasioni di incontro viene inoltre data costante informazione sulla rete dei servizi, in ordine all'accesso e alle opportunità degli stessi. Tutti gli interventi inoltre prevedono un raccordo di sistema sociosanitario.

A.3 Ampliare conoscenze e competenze delle persone che garantiscono cura e assistenza ai malati d'Alzheimer

Nel corso dell'anno 2011 è stato completato il percorso di formazione rivolto alle assistenti familiari, organizzati dai Servizi Sociali-ASP in accordo con l'Ausl, che ha come obiettivo la qualificazione degli interventi quotidiani di assistenza e di cura delle persone non autosufficienti. Nell'ambito del percorso formativo è stato anche affrontato il tema della strategie di ascolto e di relazione appropriata nei confronti dei malati di demenza con riferimenti anche all'approccio corretto in presenza di disturbi del comportamento.

Nel novembre 2011 è stato avviato il programma di aggiornamento dei formatori promosso e realizzato dalla Regione Emilia Romagna in attuazione della DGR 2735/09.

A supporto del lavoro di cura dei familiari è proseguita nei tre Distretti l'esperienza dei gruppi formativi e di sostegno, organizzati in cicli di incontri, con l'obiettivo di coniugare le esigenze conoscitive sulle manifestazioni e implicazioni della demenza, con la condivisione tra pari dei vissuti personali e delle strategie di gestione dello stress.

Dal mese di settembre 2011, l'attività nello Spazio Incontro, in ciascun Distretto, è stata integrata con attività fisica adattata, proposta da operatori laureati in scienze motorie nell'ambito di un progetto condiviso tra Ausl, UISP, Uffici di Piano, ASP. L'accesso allo spazio incontro è gestito dagli operatori dei tre Centri di ascolto demenze, in stretta collaborazione con i geriatri dei Consultori demenze e orientato in relazione alle fasi evolutive della demenza: di norma la frequenza dello Spazio Incontro è proposta dopo un periodo di stimolazione cognitiva strutturata e monitorata svolta nelle 4 Palestre della Mente.

In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer, è stata realizzata in ciascun Distretto una occasione di confronto e informazione dei cittadini nel corso della quale sono stati consegnati gli opuscoli divulgativi e i programmi delle diverse attività organizzate (calendario dei gruppi formativi per familiari, calendario dei gruppi di sostegno...). Inoltre è stato acquisito il filmato "Una giornata

particolare” prodotto dalla Regione Emilia Romagna e viene utilizzato durante il lavoro svolto con i gruppi di familiari e con gli operatori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

A.4 Reti cure palliative e terapia del dolore

Il 2011 è stato il primo anno di attività della Servizio Aziendale di Cure Palliative, in cui compito organizzativo è quello di raccordare tra loro i vari punti della Rete Oncologica/Cure Palliative ed i vari Servizi Ospedalieri e Territoriali della AUSL di Ravenna coinvolti (Cure Primarie, Reparti per Acuti, Associazioni di volontariato), in modo che il paziente, in base allo stato di malattia e ai diversi bisogni assistenziali, possa essere seguito in maniera continuativa, in qualsiasi setting assistenziale si trovi.

Il Servizio aziendale di Cure Palliative assicura:

- assistenza presso strutture residenziali (Hospice Territoriale e Ospedaliero) compresa l'assistenza psicologica per pazienti, familiari e sostegno equipe;
- assistenza DH, il DH integrato Cure Palliative-Oncologia Medica, è attivo a Lugo 3 giorni/settimana e accoglie 12-15 pazienti al giorno;
- assistenza domiciliare integrata (ADI) oncologica;
- assistenza Ambulatoriale sui 3 ambiti (Ambulatorio Cure Palliative e Terapia Antalgica);
- consulenza Oncologica Palliativa per i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri e day hospital o in altre tipologie residenziali di ricovero (es. RSA, Casa Protetta).

Nel 2011 è stata realizzata un'unica lista di attesa aziendale per l'invio in Hospice di Lugo o di Faenza in base alla più immediata disponibilità di posti letto, considerando la preferenza di paziente e familiari.

E' stato definito il percorso aziendale ospedaliero e domiciliare per il ricovero in Hospice, la valutazione viene effettuata dal PUA che è composto da: Medico Cure Palliative, Infermiera Case Manager Hospice, Infermiera Assistenza Domiciliare, Assistente Sociale. Vedi tabella sottostante

Anno 2011	Ravenna	Lugo	Faenza
n. valutazioni PUA in ospedale	103	171	113
n. valutazioni PUA a domicilio	23	38	37
n. pazienti ricoverati in Hospice (dopo valutaz.PUA)		48	15

Fonte dati Servizio Aziendale di Cure Palliative Ausl Ravenna

Consulenze Oncologiche Palliative a domicilio. Nel 2011 sono stati seguiti a domicilio 658 pazienti oncologici, in 422 casi è stata attivato il programma ADI 3, con presa in carico del paziente dal MMG, SIT e consulenza del Medico Oncologo Cure Palliative. Vedi Tabella sottostante.

Anno 2011	Ravenna	Lugo	Faenza
Pazienti presi in carico (ADI 3)	238	121	63
Pazienti targhet	328	172	158
Prime Visite	221	31	27
Consulenze	859	108	76
Emotrasfusioni	136	-	7
Para/Toracentesi	41	-	7
Altre prestazioni	45	-	2
Valutazioni PUA per Hospice	8		

Fonte dati Servizio Aziendale di Cure Palliative Ausl Ravenna

La U.O.Terapia del Dolore dell'AUSL di Ravenna, nel perseguire un approccio multidisciplinare e multiprofessionale per il trattamento del dolore, opera in stretta collaborazione con varie Unità Operative, in particolare con la Neurochirurgia, la Chirurgia Vascolare, la Medicina Interna, la Radiologia, la Neurologia e la Riabilitazione. Per quanto riguarda i rapporti con la professione infermieristica questi avvengono soprattutto nei settings dei Servizi Territoriali.

Nello specifico nel corso del 2011 risultano operativi i seguenti percorsi per il controllo del dolore nei pazienti ambulatoriali e ricoverati:

- Percorso relativo al Low Back Pain.
- Percorso relativo al malato con Herpes Zooster in fase subacuta.
- Percorso relativo all'impianto di CVC a medio e lungo termine. E' in fase di implementazione peraltro anche la formazione di personale infermieristico per l'inserimento di PICC nei Presidi di Ravenna e Faenza in maniera da rendere questa procedura accessibile a tutti i pazienti nei quali è necessaria.
- Percorso per l'assistenza a domicilio di persone che necessitano di nutrizione parenterale totale. Nel Distretto di Lugo è prevista anche l'assistenza per nutrizione enterale. Ovviamente questa attività viene effettuata in collaborazione con il Servizio Nutrizionale Aziendale
- Percorso per consulenze domiciliari a persone non deambulanti, affette da problematiche di dolore, da spasticità per danno del SNC, da malnutrizione.

E' stata anche realizzata un'implementazione del sistema di rilevazione del dolore, con scale numeriche, applicato al paziente trattato presso le aree di degenza Chirurgiche, Mediche e Pediatriche ed Oncologiche dei PP.OO. Aziendali

Da segnalare inoltre la costante offerta, da parte della U.O. di Terapia Antalgica, di corsi di formazione rivolti a medici e infermieri a valenza locale, regionale e nazionale e di iniziative pubbliche atte a illustrare alla cittadinanza le problematiche relative a problemi di dolore e di palliazione (soprattutto non oncologica). Infine nel distretto lughese è stato attivato un rapporto di collaborazione con la Società di Volontariato Pe.N.So (Per Non Soffrire).

A.5 Uso di metodiche per il controllo del dolore nel travaglio di parto

Nel corso dell'anno 2011, il gruppo aziendale di Partoanalgesia operativo presso il P.O. di Ravenna, ha attivato modalità organizzative-gestionali tali da garantire sempre la presenza nell'arco delle 24 ore giornaliere di una figura ostetrica esperta nella metodica del travaglio in analgesia ed ha organizzato iniziative formative interne, tali da ampliare il numero delle unità di personale adeguatamente formato e preparato da dedicare al percorso.

Per quanto concerne i risultati dell'anno 2011 sono state effettuate 406 partoanalgesie e 758 visite ambulatoriali dedicate. Si è osservato un aumento del ricorso alla partoanalgesia nelle pluripare (23.8% delle partoanalgesie). Come negli anni precedenti, non vi sono state complicanze maggiori (puntura durale e/o ematoma spinale). I dati rilevati dalle schede di gradimento compilate dalle puerpere hanno mostrato un indice di gradimento ed efficacia della manovra pari al 93.9 % delle procedure effettuate.

Per quanto concerne l'applicazione della Direttiva n.533/2008 nel corso del 2011 sono stati realizzati i seguenti obiettivi.

Nei tre punti nascita, è stato istituito un *pool* di professionisti aziendali (ospedalieri e territoriali), abilitati a eseguire la misurazione della NT per la esecuzione del test combinato nell'ambito della diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche ed abilitati all'esecuzione di ecografie di II° e III°

livello, in caso di riscontro di anomalie morfologiche fetali, al fine di migliorare la definizione della prognosi ed offrire un adeguato e tempestivo counselling alla donna.

E' stata portata a termine la procedura del Day Service Ambulatoriale per la gravidanza fisiologica, che si basa su un'assistenza integrata tra territorio e ospedale, prevedendo a 38+0 settimane, per le gravidanze fisiologiche, la sua presa in carico da parte dell'ambulatorio ospedaliero. In caso di drop-out dalla fisiologia è prevista la presa in carico da parte dell'ambulatorio ospedaliero per la Gravidanza a Rischio in qualsiasi epoca gestazionale.

Utilizzo nella pratica clinica delle raccomandazioni contenute della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto", tranne quella riguardante la non esecuzione dell'*admission test*.

Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno quali:

- definizione dei criteri per la somministrazione dei questionari progetto " Curva allattamento",
- revisione della procedura esistente e delle linee guida circa i contenuti da trasmettere,
- definizione procedura circa la presa in carico delle puerpere da parte dei CF,
- definizione strumenti di comunicazione per favorire integrazione CF e Ospedali.

Per quanto riguarda la nati mortalità è stata aggiornata la procedura della gestione del prodotto abortivo (PD18), arricchendola di tutta la parte riguardante, appunto, la nati mortalità. La procedura si avvale del contributo di differenti professionisti dando così corpo a un *audit* clinico multi disciplinare per ogni caso di nati mortalità.

Per quanto concerne i Corsi di preparazione alla nascita è stato ridefinito il pacchetto di offerta proposto dall'Azienda con riferimento alle indicazioni della RER attraverso:

- un'analisi dell'esistente e delle criticità evidenziate,
- la definizione di proposte d'integrazione territorio ospedale,
- individuazione dei contenuti da proporre e definizione di un nuovo modello.

Rispetto al tema "il dolore nel parto" vedi quanto scritto in precedenza sulla parto analgesia.

Inoltre in merito si segnala anche l'utilizzo di procedure non farmacologiche presso i tre punti nascita dell'azienda quali: sostegno emotivo, presenza di una persona accanto alla donna, libertà di scelta delle posizioni durante il travaglio-parto, immersione in acqua in travaglio e nel parto.

B. ACCESSIBILITA', QUALITA', SICUREZZA, CONTINUITA' DELLE CURE

B.1 Aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio: raccomandazioni su organizzazione processi assistenziali in ospedale

Sorveglianza e monitoraggio

Infezioni correlate all'assistenza

- Governo del rischio infettivo. Sono state mantenute e consolidate anche nel 2011 le attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, segnatamente: attività del CIO e del Gruppo operativo con redazione di report; sono operativi e diffusi protocolli che riguardano lavaggio delle mani , isolamento dei pazienti, utilizzo di disinfettanti e antisettici, sterilizzazione dei dispositivi medici, prevenzione delle infezioni associate a catetere vescicale e vascolare; sono attivi sistemi di sorveglianza per le infezioni in terapia intensiva (sistema GiViTi), infezioni della ferita chirurgica (sistema SiChEr), controllo delle infezioni associate a catetere venoso centrale in ematologia.

Sono stati condotti audit clinici riguardanti la gestione dei cateteri venosi centrali e misure di isolamento e sono stati attivati programmi aziendali mirati a promuovere l'igiene delle mani e le precauzioni per l'isolamento dei pazienti. Sono attivi e diffusi protocolli scritti per la profilassi antibiotica perioperatoria, la terapia empirica della sepsi grave e la gestione della batteriemia associata a catetere vascolare. Nel corso del 2011 sono stati formati complessivamente 557 operatori sanitari sui temi della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica, gestione dei germi sentinella. Sono stati altresì effettuati audit clinici sull'appropriatezza dell'uso di antibiotici in 3 U.O. mediche.

- Igiene delle mani. Per valutare la pratica di igiene delle mani sono stati utilizzati coerentemente con le indicazioni regionali- il consumo globale di prodotti idroalcolici per le mani - 1.428 litri nell'anno 2011- e il questionario di autovalutazione dell'igiene delle mani dell'OMS (punteggio totale 310) con il posizionamento dell'azienda di Ravenna nel livello intermedio, o consolidato.
- Infezioni del sito chirurgico. E' continua l'attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico che è estesa a tutte le U.O. chirurgiche dei tre presidi ospedalieri dell'Azienda tranne due U.O. dove la sorveglianza sarà attivata nel corso del 2012 arrivando dunque a interessare il 100% dei reparti chirurgici dell'Azienda . Nel corso del 2011 sono stati sottoposti a sorveglianza 6.959 interventi chirurgici con il rilievo di 58 infezioni (1,2%).

Sinistri /contenzioso Viene costantemente assolto il debito informativo verso Regione e Ministero per il monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES).

È ormai consolidata l'attività di gestione dei sinistri attraverso il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) in cogestione con le compagnie di assicurazione, coerentemente con le diverse tipologie di contratto assicurativo. Nel corso del 2011 è stata ulteriormente implementata l'attività del CVS che ha permesso la trattazione di 211 sinistri , di cui 145 definiti con ipotesi transattiva.

Poiché la rilevazione e l'analisi dei sinistri rappresenta uno strumento di governo del contenzioso e di valutazione della sicurezza delle cure,nell'ottica della prevenzione degli incidenti clinici, è fondamentale che i sistemi strutturati di rilevazione della sinistrosità aziendale garantiscano una buona qualità dei dati inseriti nel data base dedicato di derivazione regionale.

Considerando il triennio 2009-2011 sono stati complessivamente registrati nel database regionale del contenzioso 381 sinistri. Rispetto al valore "missing" (ovvero informazioni mancanti rispetto a 4 variabili ritenute rilevanti nella descrizione del sinistro) l'AUSL di Ravenna ha registrato un valore pari al 6,7%, a fronte di una media regionale del 7,6%. Sempre considerando la completezza dei dati inseriti con riferimento al valore "sinistri eligibili per la chiusura ma non registrati come chiusi nel data base" l'AUSL di Ravenna ha mostrato un valore pari al 12,1% a fronte di una media regionale pari al 4,6%.

Sicurezza in sala operatoria Nell'ambito della partecipazione aziendale al progetto regionale per la sicurezza in sala operatoria (progetto SOS.net) è proseguito anche nel 2011 il percorso formativo all'utilizzo della check list di sala operatoria che ha coinvolto tutte le U.O. chirurgiche dei tre presidi ospedalieri dell'azienda. La check list viene utilizzata attualmente nelle sale operatorie del presidio ospedaliero di Ravenna e Faenza e se ne estenderà l'utilizzo nel corso del 2012 alle sale operatorie del presidio ospedaliero di Lugo. Riguardo all'inserimento dei dati nel sistema di rilevazione regionale per l'anno 2011, l'utilizzo della check list è documentato per 604 interventi chirurgici che corrisponde ad una percentuale del 3,5% sul totale complessivo dei ricoveri con DRG chirurgico afferenti a discipline chirurgiche (17.425). Il valore è coerente con la nota difficoltà ad inserire manualmente i dati nel data base regionale per cui, considerata l'importanza di ottenere

dati “di qualità” per formulare corrette valutazioni sullo stato della sicurezza delle cure, si stanno cercando anche soluzioni informatizzate di compilazione della check list che consentano il popolamento “automatico” del data base dedicato.

Sorveglianza e monitoraggio rischio cadute Nel corso del 2011 è stata adottata in tutte le U.O. di degenza maggiormente esposte al rischio specifico la scheda “Mosaico” che, rispetto alla scheda precedentemente utilizzata (scala di Conley), introduce ulteriori fattori per la valutazione del rischio e precisamente “terapia farmacologica” e “condizioni clinico/assistenziali” che, si ritiene, permettano una valutazione maggiormente appropriata.

	2009	2011
Utilizzo della scheda mosaico	98%	100%
Pazienti classificati non a rischio	50%	18%
Pazienti classificati a basso rischio	40%	38%
Pazienti classificati a medio-alto rischio	10%	44%
Tasso di cadute (n° cadute/ giornate di degenza)	0,12%	0,09%

Fonte dati Ausl Ravenna

Sono proseguiti nel corso dell’anno gli incontri formativi per gli operatori sanitari sulle modalità e gli strumenti di segnalazione delle cadute; è stato completato il secondo ciclo di audit per approfondire alcuni casi ed è stata effettuata la terza verifica sull’utilizzo dello strumento di valutazione del rischio cadute attraverso l’analisi di 665 cartelle cliniche.

Sistemi RIS PACS E’ attivo il gruppo di professionisti che vigila sul corretto funzionamento del sistema RIS-PACS. Sono stati implementati sistemi idonei a garantire una gestione corretta delle liste di lavoro e in particolare la propagazione automatica di eventuali variazioni di dati (anagrafici e di prestazione) verificatesi fra il momento della generazione della richiesta della prestazione radiologica e la sua esecuzione. E’ stata altresì redatta una procedura dipartimentale per la gestione degli errori e sono stati definiti sistemi per la gestione dei pazienti non identificabili al momento della richiesta/esecuzione dell’esame o sconosciuti sui sistemi ADT/OP

Sistema Incident Reporting È continuata anche nel 2011 la sorveglianza sull’utilizzo del sistema di segnalazione degli eventi e quasi eventi denominato “incident reporting”. E’ stato redatto il report delle segnalazioni incrociando i dati provenienti dal sistema aziendale e quelli provenienti dalle elaborazioni regionali (anche se queste ultime aggregano dati di un periodo più ampio rispetto all’anno considerato). In particolare l’azienda ha segnalato 121 eventi corrispondenti a 21 segnalazioni /10.000 ricoveri, a fronte di un dato regionale medio di segnalazione corrispondente a 40 segnalazioni /10.000 ricoveri. Tale scostamento dalla media regionale (e dal dato aziendale del 2010 che corrispondeva a 44 segnalazioni /10.000 ricoveri) è riconducibile anche alle difficoltà di collegamento al sistema regionale riscontrate in 5 dipartimenti.

L’analisi strutturata della tipologia di eventi ha permesso di focalizzare l’attenzione su alcuni ambiti di miglioramento per il futuro e segnatamente: identificazione del paziente; gestione della terapia farmacologica; clima lavorativo e organizzazione del lavoro; cadute; sicurezza ambientale e tecnologica e prevenzione atti di violenza su operatore. Da segnalare che la violenza a danno di operatore è uno degli eventi sentinella più frequentemente segnalato nella nostra azienda e pertanto dal 2009 è in atto un progetto aziendale, con la collaborazione di associazioni locali, che

si prefigge di aumentare la sicurezza degli operatori sanitari attraverso corsi formativi specifici per diffondere la conoscenza delle valutazioni dei rischi, delle misure preventive e di autoprotezione.

Gestione degli eventi critici Prosegue l'attività di monitoraggio e analisi degli eventi avversi maggiori attraverso l'attivazione codificata della c.d. "Unità di crisi" e valutazioni strutturate (Root Cause Analysis, audit clinico) condotte a livello di U.O. e Dipartimento. Nel corso del 2011 l'unità di crisi è stata attivata per 4 casi. E' stato incentivato all'interno dei Dipartimenti il ricorso ad audit clinico-organizzativi in gestione diretta con il supporto della funzione aziendale di gestione del rischio.

Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione Attualmente non sono in essere sistemi informatizzati di identificazione del paziente in regime di degenza. E' stato invece implementato l'utilizzo della tessera magnetica sanitaria per l'identificazione dei pazienti in tutti i punti di accesso CUP e Pronto Soccorso e sono identificati attraverso braccialetto tutti i pazienti chirurgici e tutte le madri e i neonati. E' stata altresì redatta e diffusa la procedura per l'identificazione del paziente chirurgico, lato e sito dell'intervento chirurgico.

Altri obiettivi della DGR 1706/2009 E' stata elaborata la procedura "Percorso di accesso ad interventi di chirurgia maggiore" che risponde agli obiettivi individuati al punto 3 dell'allegato 2 della DGR. Attualmente la procedura è implementata nel Dipartimento chirurgico e sarà diffusa in tutta l'azienda.

È attivo il percorso di revisione delle linee guida aziendali riguardanti la profilassi antitromboembolica per addivenire all'aggiornamento della procedura da completare nel corso del 2012.

È proseguita anche nel 2011 l'attività di controllo della documentazione sanitaria con analisi del 5% delle cartelle cliniche dei dimessi nel corso del 2011, utilizzando la check list prevista nella procedura aziendale specifica. Nel corso del 2011 è stato inoltre effettuato un audit regionale sulla corretta tenuta della cartella clinica i cui dati non sono ancora stati resi disponibili dai valutatori regionali.

Per quanto riguarda l'assistenza post operatoria è stato inserito tra gli obiettivi di budget delle U.O. chirurgiche l'analisi di processo del percorso post operatorio per evidenziarne le eventuali criticità e favorirne l'allineamento con le indicazioni regionali, attività che verrà completata nel 2012.

B.2 Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per gli utenti afferenti alle Unità operative del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche

Formalizzazione Piano Aziendale per l'accesso e relative garanzie (Dgr 313/09).

Di seguito si elencano i principali obiettivi che sono stati realizzati dal DSMDP di Ravenna nel corso del 2011, al fine di garantire per i propri utenti un accesso adeguato ai propri servizi e una presa in carico che segua il principio della continuità assistenziale.

- Nel 2011 è proseguita l'azione di governo dei percorsi formativi e di stimolazione delle attività culturali e di ricerca, al fine di favorire la coerenza delle attività formative interne/esterne con gli obiettivi di innovazione del Dipartimento. In particolare è iniziata una formazione continua sul posto di lavoro, trasversale e congiunta tra le UU.OO Dipartimentali che ha coinvolto tutte le figure professionali delle U.O.CSM, SPDC, e D.P. (ca 200 operatori), con lo scopo di unificare il DSM attraverso l'adozione di un paradigma metodologico condiviso (biopsicosociale) basato sull'EBP; di

aumentare le competenze cliniche degli operatori e di valorizzare le varie figure professionali, con particolare attenzione agli Operatori del Comparto, per creare una nuova figura di operatore dotato di strumenti idonei per accompagnare i pazienti nel loro processo di guarigione; di promuovere cambiamenti di modalità della assistenza sulla base di informazioni derivate dalla ricerca.

• E' proseguita anche l'azione di monitoraggio dell'utilizzo dei posti letto ospedalieri (SPDC e Ospedali privati) e di rafforzamento dei servizi di emergenza-urgenza territoriali anche al fine di cercare di contenere il fenomeno della mobilità passiva verso altri SPDC regionali ed extra-regionali. Nel 2011, rispetto al 2010, il numero dei dimessi in SPDC è diminuito, mentre sono aumentate le giornate di degenza, è aumentata la degenza media (pur rimanendo nella media regionale), è aumentato l'indice di occupazione ed è peggiorato il bilancio della mobilità attiva e passiva. Inoltre si è realizzata una riduzione dei TSO, delle contenzioni, sono state eliminate le telecamere nelle stanze dei pazienti e sono state aperte le porte del reparto, parallelamente anche gli infortuni degli operatori sono diminuiti.

ATTIVITA' SPDC RAVENNA

	2010	2011	Δ% 11vs10
dimessi	671	657	-2,1%
gg.degenza	6.962	7.285	4,6%
degenza media	10,38	11,09	6,8%
occupazione media	94,48	99,38	5,2%
peso medio	0,73	0,72	-1,4%
mobilità attiva	70	55	-21,4%
mobilità passiva	88	125	42,0%
contenzioni	43	15	-65,1%
infortuni	18	5	-72,2%
TSO	97	79	-18,6%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Per quanto riguarda i ricoveri presso le strutture AIOP nel 2011 nel complesso sono calati i ricoveri con aumento delle giornate di degenza e della degenza media.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE SANITARIE AIOP

		RAVENNA			RER		
		2010	2011	Δ% 11vs10	2010	2011	Δ% 11vs1
RTI	Dimessi	275	260	-5,5%	2.206	2.110	-4,4%
	gg,di degenza	10.150	10.087	-0,6%	69.532	67.029	-3,6%
	Degenza media	36,91	38,80	5,1%	31,5	31,8	1,0%
RTP	Dimessi	9	6	-33,3%	169	212	25,4%
	gg,di degenza	314	1.012	222,3%	18.069	25.259	39,8%
	Degenza media	34,89	168,67	383,4%	107	119	11,2%
PR.SP	Dimessi	95	103	8,4%	912	939	3,0%
	gg,di degenza	3.470	3.933	13,3%	26.365	28.453	7,9%
	Degenza media	36,53	38,18	4,5%	28,9	30,3	4,8%

Fonte: Banca dati SDRES, Regione Emilia-Romagna

Nel corso del 2011 è stato definito più puntualmente il programma Centro Crisi (CSM Ravenna) che ha come orario di apertura dalle 09.30 alle ore 12.30, come target utenti in fase critica o post critica, utenti con bisogni socio-assistenziali fortemente desocializzati e fornisce trattamenti pedagogici, psicoeducativi e riabilitativi, individuali e familiari.

Ha seguito complessivamente 100 pazienti, favorendo la dimissione precoce da SPDC o Villa Azzurra di 8 pazienti, la riconversione di progetti residenziali (ingresso in struttura evitato o molto posticipato) per altri 8 pazienti, ha evitato/posticipato il ricovero di 14 pazienti ed ha accelerato e preparato più efficacemente la dimissione di 5 pazienti che hanno frequentato il Centro mentre erano ricoverati in SPDC.

- Si è ulteriormente consolidato il processo di accrescimento della competenza e della contrattualità degli utenti rispetto ai servizi e al contesto sociale (empowerment) attraverso la definizione di modelli di presa in carico e stili relazionali coerenti con l'obiettivo: Piani di Trattamento Individuali condivisi e sottoscritti dagli utenti dove siano esplicitati gli obiettivi della presa in cura e le responsabilità degli operatori, degli utenti, dei familiari, di altri servizi; Piani Assistenziali condivisi per gli utenti ricoverati in SPDC con una degenza > ai tre giorni.

Questi piani sono applicati in quasi il 100% degli utenti in carico ai vari servizi del DSM. La firma in calce ai PTI non è presente quando il paziente stesso per problematiche legate alla struttura di personalità e ad aspetti psicopatologici non accetta di apporre alcuna firma, ma questo processo è in via di miglioramento.

- E' proseguito anche l'impegno di garantire l'integrazione organizzativa e degli stili di lavoro tra le varie aree del Dipartimento soprattutto al fine di migliorare l'accesso ai servizi e la presa in carico di certe tipologie di pazienti: utenti in doppia diagnosi cioè affetti sia da disturbi psichiatrici sia da dipendenza da sostanze psicoattive; utenti della NPIA che raggiungono la maggiore età; pazienti psichiatrici ricoverati presso le strutture residenziali gestite dal privato sociale e presso le strutture ospedaliere psichiatriche: SPDC e Casa di Cura privata, l'inserimento è stato accompagnato da specifica scheda d'invio quasi nel 100% dei casi.

- E' stata mantenuta in ogni ambito zonale l'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), tesa a creare uno strumento di valutazione della disabilità condiviso tra servizi di salute mentale e servizi sociali, basato su criteri di accesso e presa in carico uniformi e condivisi, tecnicamente appropriato e omogeneo su tutto il territorio aziendale. Questa importante operazione di trasparenza dei percorsi valutativi si è inserita nell'ambito di una più complessiva attività volta sia ad assicurare un uso più appropriato nel ricorso alle strutture residenziali sia a garantire il setting assistenziale più appropriato in funzione del bisogno espresso.

L'attività di rivalutazione delle persone già inserite in strutture residenziali ha portato ad una progressiva mobilitazione di utenti che sono stati trasferiti in strutture adeguate ai loro reali bisogni. Questo lavoro di riorientamento dell'uso delle strutture residenziali è stato fatto per evitare da una parte psichiatrazioni improprie e dall'altra abbandono di persone con problematiche psichiatriche in setting non riabilitativi. Per quanto concerne i nuovi ingressi il Nucleo di Valutazione Interno valuta in maniera sistematica l'appropriatezza degli invii.

Anche i CSM utilizzano lo strumento della Unità di Valutazione Multidimensionale assieme ai Servizi Sociali territoriali per le situazioni gravi e con bisogni multipli.

- Nel 2011 è stato avviato ex novo il "programma disturbi mentali dell'adolescenza", finalizzato ad individuare e prendere in cura giovani individui con fascia d'età che va dai 12 ai 24

aa, che presentino indicatori di vulnerabilità biopsicosociale e comportamenti disfunzionali favorevoli l'emergenza di psicopatologia.

Dare attuazione al Programma Regionale Dipendenze, garantendo i percorsi dedicati per popolazioni target (Dgr 698/08).

In riferimento all'applicazione delle linee guida regionali di contrasto al consumo/abuso di sostanze (DGR 1533/06) l'obiettivo regionale del sostegno alla sperimentazione di metodologie di contatto differenziate per le diverse tipologie di consumatori è stato declinato nell'obiettivo aziendale di attivazione di percorsi differenziati nei Ser.T. e nelle strutture del privato sociale ed ha trovato una propria collocazione nella "Procedura di accoglienza e diagnosi. Percorsi differenziati per l'accesso di sottopopolazioni".(P04)

Questa prevede l'accesso diretto dell'utente, di un familiare, telefonicamente o per invio del MMG, altro Medico o altre agenzie (Tribunale, Prefettura, Scuole, Servizi Sociali, Carcere, ecc.) ed una prima valutazione con l'operatore dell'accoglienza al massimo entro 7 giorni con analisi della domanda, valutazione di pertinenza e una prima breve anamnesi. L'operatore presenta all'utente il funzionamento del Servizio, informa sui diritti rispetto alla tutela della riservatezza e della privacy e fa firmare il modulo del consenso informato sul trattamento dei dati personali e sensibili. Se l'operatore riscontra un'urgenza sanitaria coinvolge il Medico che provvede all'orientamento diagnostico e alle prime misure terapeutiche; se non la riscontra, fissa successivi appuntamenti per l'approfondimento diagnostico (medico, psicologo, operatore di area socio-educativa).

Sottopopolazione giovani fino a 21 anni. Qualora non si sia già instaurata una dipendenza strutturata, per tutelare maggiormente l'utente per quanto riguarda la privacy e per evitare un contatto precoce con utenti cronici e multiproblematici, vengono attivati percorsi differenziati sia per quanto riguarda gli orari di accoglienza che per quanto riguarda la sede (ove possibile). Nel caso in cui il giovane presenti già una dipendenza, viene attivata la procedura di accoglienza e diagnosi usualmente utilizzata, ma il percorso di osservazione viene effettuato in modo prioritario favorendo i successivi appuntamenti per l'approfondimento diagnostico (Medico, Psicologo, Operatore area socio-educativa). Inoltre, in caso di pazienti minorenni vengono sempre coinvolti i genitori o chi esercita la patria potestà.

Sottopopolazione consumatori prioritari di psicostimolanti e cocaina. Generalmente i consumatori di psicostimolanti e cocaina seguono il percorso di accoglienza e diagnosi previsto dalla procedura: colloquio di accoglienza, diagnosi e consulenza sanitaria, compilazione e registrazione della cartella clinica, ma su richiesta del singolo paziente è possibile fissare appuntamenti in orari e/o luoghi differenziati rispetto alla normale apertura del servizio al pubblico per tutelare la privacy.

Consolidare l'impegno aziendale nel completamento delle azioni previste per i Disturbi del Comportamento Alimentare - DCA (Dgr 602/09).

Nell'arco del 2011 si è lavorato affinché si potessero implementare e realizzare progetti di auto mutuo aiuto per utenti (e familiari) con DCA quali la creazione di una linea telefonica con numero verde, l'organizzazione di gruppi clinici e di un'Associazione specifica di Utenti e Familiari.

È attivo a Ravenna dal 21 aprile 2012 il Filo Diretto A.B. (Anoressia Bulimia) a cui è possibile rivolgersi gratuitamente e in modo assolutamente anonimo per avere informazioni sui DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare): 800604664. Al telefono risponderanno persone che hanno conosciuto direttamente il disturbo e che sapranno ascoltare e orientare chi chiama (con la costante supervisione del team DCA). Le persone volontarie hanno la caratteristica di aver vissuto le stesse problematiche e per questo hanno sviluppato sensibilità, competenze specifiche

(maturate anche grazie ad un percorso formativo mirato) ed una particolare empatia nell'ascolto di storie nelle quali si riconoscono.

Nel 2011 sono stati organizzati nell'ambito del territorio di Ravenna in collaborazione con l'Associazione Soroptimist e l'Università degli Adulti, due incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione sulla promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare (DCA): anoressia, bulimia.

Inoltre nel 2011 riprendendo una collaborazione già avviata in precedenza per il contrasto alle condizioni di sovrappeso ed obesità con particolare riferimento all'età infantile (ma non solo), si è attivato un tavolo di lavoro multidisciplinare per affrontare tutti gli aspetti connessi alla problematica e alla promozione di sani stili di vita che coinvolge operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica, dei Consulenti familiari, del Dipartimento maternità e infanzia, della Medicina sportiva, i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Medicina Generale.

Programma Regionale Autismo (Dgr 318/08)

Anche per il 2011 sulla problematica Autismo sono stati organizzati diversi eventi formativi, con relatori esterni, rivolti a: Insegnanti, Dirigenti scolastici, Educatori, Operatori sociali, Genitori, Studenti volti all'inclusione scolastica e sociale degli alunni con diagnosi di ASD; Neuropsichiatri, Psichiatri, Educatori professionali e sociali, Infermieri del CSM, Operatori di Cooperative sociali, Assistenti Sociali, Pedagogisti e psicologi sulla prevenzione e il trattamento dei comportamenti problematici.

Dal 2011, il team opera presso la nuova sede del CMP e questo ha permesso di ampliare gli spazi a disposizione oltre che di arricchire la dotazione in materiale specifico per i bambini coinvolti.

I dati al 31/12/2011 evidenziano che sono state aggiunte 6 ore di Psicologo sul Distretto di Faenza ed è stata definita meglio la distribuzione delle Logopediste sui tre Distretti.

L'accesso per l'iter diagnostico per i bambini fino a 3 anni è mediato dalla NPIA e i tempi medi di attesa tra l'accesso e l'invio al team Spoke va da 7 a 30 giorni a seconda del referente clinico.

La UONPIA, inoltre, svolge attività di parent training individuale; sono previsti 2 incontri in cui è coinvolto l'operatore che svolge il trattamento psicoeducativo e gli psicologi referenti del caso appartenenti allo Spoke; sono previste attività di parent training di gruppo con 5 incontri in cui sono coinvolti 2 psicologi.

Questa prestazione viene codificata in ELEA (sistema informativo) come sostegno al singolo e alla coppia nella prestazione multipla; il numero di parent training individuali e/o di gruppo rivolti ai genitori di bambini con ASD da 0-6 anni e da 7-17 anni, in totale, sono stati: 26 + 40 = 66; il numero di PT di gruppo è stato di 1 edizione per 5 coppie.

Per l'anno educativo/scolastico 2011-2012 la UONPIA è stata coinvolta nella programmazione di iniziative di formazione come continuazione/approfondimento del progetto autismo 0-6 anni dell'anno precedente; è stata fatta 1 edizione di 21 ore; per l'anno educativo/scolastico 2011-2012 la UONPIA è stata coinvolta nella programmazione di iniziative di formazione come replica di quelle dell'anno precedente per formare nuovi educatori/insegnanti che hanno bambini con ASD all'interno delle loro scuole: anche in questo caso è stata fatta 1 edizione di 21 ore.

Consolidare l'impegno aziendale nel completamento delle azioni previste per i Disturbi Specifici Apprendimento DSA (Dgr 108/10).

Nel 2011 il referente DSA è stato contattato dai relativi Uffici Scolastici Provinciali (USP) per un parere sulle procedure di screening proposte alle scuole nel 2009 e anche se non sono state effettuate nelle scuole della provincia attività di screening, le insegnanti hanno comunque utilizzato le prove MT di Lettura all'interno dell'attività didattica.

Il tempo di attesa per i sospetti DSA dalla segnalazione (dalla scuola o dalla famiglia) alla diagnosi da parte delle UONPIA è di: 1 mese dalla richiesta telefonica alla prima visita con Psicologo/NPI, 2 mesi per la valutazione Neuropsicologica e Logopedica e formulazione della diagnosi.

Vengono effettuati cicli di trattamento logopedico di gruppo esclusivamente per bambini del primo ciclo della scuola elementare; non è previsto il trattamento logopedico diretto per i DSA (per i quali la diagnosi va posta dopo il primo ciclo della scuola elementare), ma viene erogata la consulenza agli insegnanti nei laboratori scolastici sopra citati e per l'utilizzo degli strumenti compensativi.

Da gennaio 2012 è in atto una sperimentazione sul trattamento a distanza attraverso il software Reading Trainer (Anastasis) con un gruppo di 15 bambini selezionati in base alla velocità di lettura. Le figure professionali che si occupano del trattamento dei DSA sono le logopediste che effettuano trattamenti diretti per i bambini fino al primo ciclo della scuola elementare; successivamente Logopediste, Psicologi e NPI fanno consulenza agli insegnanti e genitori sull'uso degli strumenti compensativi

Per l'anno 2011 gli operatori all'interno della UONPIA hanno ricevuto una specifica formazione sui DSA, che ha avuto come oggetto: "Funzioni esecutive, apprendimento ed aspetti attentivi sottostanti. Strumenti di misura e di stimolazione". Si è tenuta una giornata di presentazione degli strumenti compensativi prodotti dalla Cooperativa Anastasis. Inoltre si è avuta la partecipazione degli operatori alle giornate di formazione organizzate dal Centro Regionale per i Disturbi del Linguaggio di Bologna e alla formazione del PRO-DSA (Programma Regionale Operativo per Disturbi Specifici di Apprendimento in Emilia Romagna) tenuta dalla AUSL di Rimini che è capofila per la Romagna. Tale programma definisce raccomandazioni, criteri e caratteristiche finalizzati alla precoce ed appropriata diagnosi di DSA e al supporto agli insegnanti con adeguati strumenti valutativi.

B.3 Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti, gestione appropriata delle liste di attesa per ricoveri programmati

Piano aziendale per il governo delle liste di attesa.

Il *Programma attuativo aziendale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 – 2012 dell'Azienda USL di Ravenna*, predisposto in ottemperanza alla D.G.R. 925 del 27.6.2011, è stato trasmesso alla Direzione Generale dell'Assessorato con nota prot. n. 78941 del 14 ottobre 2011 e integrato, in risposta alla nota del 4 maggio 2012 prot. PG/2012/88334 dell'Assessorato, con comunicazione prot. 40137 del 24 maggio 2012.

Il Programma ripercorre le strategie e gli interventi già avviati nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale a partire dalla fine del 2004 e che hanno determinato risultati positivi ed importanti in una pluralità di direzioni: miglioramento della trasparenza e ampliamento delle prestazioni rese disponibili a cup, facilitazione e ampliamento delle modalità di accesso (cup telefonico, farma cup, accesso diretto), potenziamento tecnologico, potenziamento dell'efficienza produttiva delle prestazioni ambulatoriali, trasparenza delle liste di attesa (disponibili su sito web), miglioramento generale dell'indice di performance, attivazione del percorso di garanzia.

Tra le azioni intraprese, alla luce dei risultati raggiunti e delle criticità che ancora permangono, un'attenzione particolare viene posta, all'interno della programmazione aziendale di cui al presente documento, al miglioramento dell'appropriatezza nei suoi vari aspetti.

Appropriatezza prescrittivaControllo prescrizione esami

E' già disponibile il sistema di controllo delle incompatibilità per la prescrizione degli esami di laboratorio per i quali si è concordato di intervenire secondo la lista già fornita in AVR. Tale lista contempla 3 tipologie di incompatibilità: la prima, quella più rappresentata, non permette di richiedere nella stessa prescrizione esami di laboratorio per i quali è riconosciuta dalle evidenze scientifiche la necessità di osservare la propedeuticità degli stessi, la seconda riguarda l'incompatibilità legata al sesso, la terza riguarda invece l'osservanza di limiti temporali per la richiesta della ripetizione dell'esame.

E' inoltre in fase di analisi un analogo sistema di controllo da applicare alla congruenza tra prescrizione di visite prioritarie e quesito diagnostico.

Gruppo di Lavoro su "Percorsi condivisi tra Ospedale e MMG/PLS per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"

Nel Programma è stato presentato l'avvio del Gruppo di Lavoro su *Percorsi condivisi tra Ospedale e MMG/PLS per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*, il cui obiettivo è quello di determinare percorsi specialistici prioritari e differenziati per rispondere alla complessità che caratterizza oggi la domanda di salute.

Nell'ambito di questo progetto sono state individuate innanzitutto sette branche specialistiche di intervento prioritario sulla base della criticità dei tempi di attesa o della numerosità degli accessi inappropriati al pronto soccorso: Dermatologia-Allergologia, Cardiologia, Endocrinologia, Neurologia, Oculistica, ORL, Pneumologia. Per ciascuna branca, è stato creato un piccolo gruppo di lavoro costituito da medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e/o convenzionati, medici di organizzazione, con il mandato di produrre un documento tecnico-organizzativo, snello e di agile consultazione, che indichi percorsi di accesso differenziati, sia urgenti con accesso diretto nei vari servizi, sia prioritari da rendere fruibili entro i 7 giorni. L'obiettivo è che la condivisione e la diffusa applicazione dei criteri di invio contenuti nei documenti tecnico-organizzativi migliori l'appropriatezza dell'accesso e la maggior tutela dei tempi massimi di attesa per le condizioni cliniche più gravi.

Accanto al progetto di cui sopra, come già ampiamente descritto nel documento "Integrazioni al Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa e Piano di Produzione 2009-2010" (ex DRG 1035/2009), in Azienda sono attivi dei progetti volti ad attuare un sistema pianificato di gestione delle patologie croniche attraverso la collaborazione fra specialisti ospedalieri, convenzionati interni e MMG. Obiettivo principale è il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche, mediante la definizione di criteri di accesso per classi di priorità (elaborazione di Linee guida e di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali).

Qualità della prescrizione. Le maggiori anomalie riscontrate in termini di corretta compilazione della ricetta rossa attengono all'assenza del quesito diagnostico e della biffatura della priorità di accesso.

A livello macro, le verifiche circa la presenza del quesito diagnostico, della priorità di accesso e della corretta separazione tra prima visita e controllo, sono effettuate attraverso statistiche ad hoc ricavate dagli applicativi in uso dai MMG e dagli ambulatori aziendali.

A livello intermedio, per tutti i Dipartimenti aziendali, ospedalieri e territoriali, la verifica della corretta compilazione della ricetta rossa avviene tramite analisi di un numero significativo di prescrizioni per ambito territoriale.

A livello più strettamente individuale, le segnalazioni di anomalie rilevate al momento della prenotazione vengono trasmesse alla macrostruttura di riferimento del medico prescrittore, ovvero al Dipartimento delle Cure Primarie in caso di prescrizione MMG. Da qui, la segnalazione viene trasmessa al medico prescrittore con la richiesta di opportuni chiarimenti. Va precisato che qualunque sia l'anomalia rilevata, essa non determina la sospensione della presa in carico dell'utente, che viene accettato comunque, bensì dà vita come detto a provvedimenti successivi.

Per migliorare la qualità della prescrizione e quindi l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, alla fine del 2011 si sono svolti due incontri tra i rappresentanti dei MMG e i referenti aziendali della specialistica ambulatoriale e dell'accesso. Gli incontri, molto graditi dai MMG, hanno messo in luce come molte difficoltà o apparenti incongruenze del sistema dell'accesso sono in realtà conseguenza di una inadeguata informazione. Per questo motivo, si è concordato di continuare con questo tipo di incontri, con cadenza di almeno due per bimestre.

Appropriatezza organizzativa

Accesso cure non programmate. Sempre nell'ottica della diversificazione e appropriatezza dei percorsi di accesso, già nel corso degli anni precedenti erano stati condivisi con i MMG dei criteri di appropriatezza prescrittiva dell'urgenza relativamente alla sintomatologia presentata dai propri assistiti. A partire dal 2010, si è consolidato ed aggiornato il sistema di accesso alle visite specialistiche urgenti. Per ogni Presidio ospedaliero sono state infatti definite precise modalità di erogazione delle visite urgenti, per la quasi totalità delle branche specialistiche (Cardiologia, Chirurgia generale e Chirurgia vascolare, Dermatologia, Diabetologia, Malattie infettive, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia).

I cittadini con prescrizione su ricetta SSN di visita specialistica giudicata urgente possono direttamente ricevere la prestazione presso il reparto di competenza. Per lo più si sono stabilite delle fasce orarie giornaliere all'interno delle quali vengono direttamente erogate le visite richieste. In qualche caso, l'Unità operativa effettuata la prestazione previo appuntamento telefonico, sempre comunque entro le 24 ore.

Queste modalità sono periodicamente aggiornate e comunicate ai MMG e ai punti di prenotazione. Infatti, nella eventualità che un cittadino si presenti allo sportello con richiesta di visita urgente, anziché inviarlo al PS (in Azienda le urgenze non sono gestite a CUP), vengono date informazioni sulle modalità di accesso agli ambulatori.

Promozione dell'attività di Day Service Ambulatoriale. Con riferimento ai contenuti della Delibera regionale n. 1803/2009, contenente nuove indicazioni per l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento del Day Service Ambulatoriale (DSA), allo scopo di favorire lo sviluppo di una modalità organizzativa di erogazione delle prestazioni specialistiche diagnostico-terapeutiche che garantisca l'appropriatezza dell'accesso, la certezza dei tempi di attesa, nonché un miglioramento nel percorso di presa in carico del paziente, superando la frammentazione degli accessi, nel corso del 2011 è stato predisposto specifico regolamento aziendale. Il percorso di definizione del regolamento ha visto il coinvolgimento diretto degli operatori, tramite incontri ad hoc tenutisi nel corso del mese di giugno 2011. Questi incontri sono anche serviti a confrontare le varie esigenze e modalità organizzative al fine di cogliere gli elementi comuni ed eliminare le differenze. Il nuovo regolamento è stato validato e distribuito ufficialmente il 06/09/2011 con nota prot. N° 00068159.

Sono stati attivati nuovi percorsi di DSA, che si aggiungono a quelli già strutturati a partire dal 2010:

- per la *Dermatologia*, il DSA relativo al follow up del Melanoma e il DSA relativo alla diagnosi della psoriasi;
- per la *Neurologia* il DSA relativo al trattamento e all'assistenza dei pazienti con Sclerosi Multipla;
- per la *Diabetologia* il DSA per il controllo dei pazienti con diabete.
- Per la *Pneumologia* il DSA per il trattamento e l'assistenza dei pazienti con Pneumopatie interstiziali, BPCO, e per il follow up della sarcoidiosi),
- per l'*Otorinolaringoiatria* il DSA per il percorso diagnostico delle linfadeniti aspecifiche del collo,
- per l'*Urologia* il DSA per il percorso diagnostico dell'uremia e della neoplasia della prostata)
- per la *Nefrologia* il DSA per il percorso diagnostico della Proteinuria, ematuria, ipertensione lieve e moderata.

Un aspetto importante connesso all'attivazione dei Day Service è quello legato all'impatto che questa nuova organizzazione ha sui sistemi informatici di registrazione dell'attività e di tariffazione. Infatti, le novità introdotte con la DGR 1803/09, in particolare in merito ai debiti informativi ed ai parametri di controllo, comportano una serie di aggiustamenti e modifiche ai software di gestione aziendali che sono in corso di definizione. In attesa del rilascio delle modifiche agli applicativi gestionali, la gestione dei percorsi avviene in parte attraverso modulistica cartacea.

Appropriatezza erogativa.

Con nota prot. n. 0074035 del 28/09/2011, è stata trasmessa a tutti i Direttori di Struttura Complessa e a tutti i Coordinatori Infermieristici e Tecnici dell'Azienda USL di Ravenna la Delibera di Giunta Regionale n. 1108/2011 relativa all'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali. In questa nota vengono illustrate le principali novità introdotte dalla suddetta Delibera, in merito alla possibilità di erogare in regime ambulatoriale una serie di prestazioni chirurgiche fino ad ora eseguite in regime di D.H., oltre alla nuova codifica di esami diagnostici precedentemente assimilati a prestazioni diverse. Contemporaneamente sono state contattate le singole Unità operative, nelle figure dei loro Direttori o dei Responsabili dell'attività ambulatoriale, al fine di aggiornare il Catalogo aziendale delle Prestazioni specialistiche, e conseguentemente adeguare i sistemi informatici a queste modifiche.

Prenotazione prestazioni in percorso di garanzia. Questa modalità di accesso alle prestazioni, attivata a partire dal settembre 2007 è stata ampiamente trattata in sede di rendicontazione degli esercizi precedenti. In questa sede ci limitiamo a ricordare le prestazioni per cui è attivo il percorso di garanzia:

- Prima visita di: Cardiologia, Dermatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Ginecologia, Neurologia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia;
- Densitometria ossea prioritaria;
- RMN, muscolo-scheletrica e della colonna;
- Ecografie (vari codici);
- Ecocolordoppler.

Di seguito viene inoltre rappresentato in forma tabellare il dettaglio delle risorse che l'Azienda USL ha impiegato nel corso del 2011 per garantire agli assistiti i tempi massimi di attesa per alcune delle prestazioni critiche oggetto di monitoraggio nazionale e regionale.

Fatturato "percorso di garanzia" - anno 2011										
Struttura	Ecografie/Ecocolordoppler		Densitometrie		RMN		Visita e prestaz. completamento		Fatturato lordo	
	Q.tà	Importo	Q.tà	Importo	Q.tà	Importo	Q.tà	Importo	Q.tà	Importo
Domus Nova	4938	204.451,25	-	-	1102	195.626,20	3155	82.908,10	9195	482.985,55
Villa Maria Cecilia	5306	231.654,14	-	-	1642	298.567,94	3	69,00	6951	530.291,08
San Francesco	2017	81.321,55	7	220,50	-	-	1658	39.325,50	3682	120.867,55
San Pier Damiano	789	34.627,80	3	94,50	-	-	2676	63.166,00	3468	97.888,30
Terme Punta Marina	719	29.623,42	67	2.110,50	196	34.650,00	13647	121.142,50	14629	187.526,42
Villa Azzurra	140	6.345,15	-	-	-	-	594	11.742,05	734	18.087,20
Sanatrix	-	-	-	-	-	-	40	915,00	40	915,00
Istituto San Vitale	-	-	-	-	761,00	135.014,00	0	0,00	761	135.014,00
Fleming	21	1.026,33							21	1.026,33
Totali al 31/12/2011	13.930	589.049,64	77	2.425,50	3.701	663.858,14	21.773	319.268,15	39.481	1.574.601,43

Nel corso del 2011, sono state condotte le azioni necessarie a rendere operativa la nuova implementazione della procedura di prenotazione che consente, in caso di superamento dei tempi massimi di attesa e di accettazione da parte dell'assistito del *percorso di garanzia*, di assegnare direttamente all'atto della prenotazione l'appuntamento presso la struttura privata accreditata coi tempi inferiori, utilizzando pertanto agende con disponibilità dedicata al percorso di garanzia stesso. La nuova modalità di gestione del *percorso di garanzia* prevede necessariamente per le agende di garanzia un orizzonte temporale massimo di 7, 30 e 60 giorni, rispettivamente per visite e per prestazioni urgenti differibili, per visite programmabili, per prestazioni programmabili. E' inoltre richiesto il monitoraggio costante dei tempi di attesa e delle disponibilità delle agende di garanzia, quindi un'adeguata flessibilità dell'offerta di garanzia tale da permettere che essa sia costantemente entro i tempi standard.

Piano di comunicazione

Attraverso le azioni di comunicazione, l'Azienda Usl di Ravenna si pone l'obiettivo di costruire relazioni con i suoi pubblici di riferimento per individuare le migliori decisioni possibili e con il maggior consenso possibile.

Il canale di comunicazione verso l'esterno privilegiato in Azienda è dato dal portale aziendale. Il portale contiene una sezione dedicata al cittadino in cui sono disponibili, oltre al report mensile sull'andamento dei tempi di attesa aziendali e per ambito distrettuale, informazioni specifiche sulle varie modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, come pagare il ticket on line, qual è l'offerta in libera professione, a chi rivolgersi per avere ulteriori informazioni, come presentare reclami e segnalazioni.

Il portale aziendale è anche lo strumento attraverso il quale vengono diffuse le innovazioni normative (vedi nuove modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria), ed organizzative (nuovi servizi, nuove modalità di accesso, spostamento di sedi, ecc.). Esso dispone tra gli altri dei collegamenti coi portali regionali SALUTER, SOLE e TdA-ER. Per comunicare più efficacemente informazioni dettagliate a favore dei potenziali beneficiari finali o ai destinatari degli interventi specifici, l'Azienda predispone prodotti stampati ed editoriali, resi disponibili in tutti i punti di accesso e negli ambulatori. Per i fatti di rilevanza e di impatto generale si fa spesso ricorso al

comunicato stampa, principalmente usato nelle giornate di sabato e domenica, quando i quotidiani hanno un maggior numero di lettori.

E' inoltre attivo un momento di confronto specifico con le associazioni economiche di categoria e con la componente pensionati dei sindacati confederali. Si ritiene infatti che essi possano rappresentare un punto di riferimento ed un osservatorio importante per intercettare i bisogni dei cittadini, rappresentando, allo stesso tempo, un importante veicolo di sensibilizzazione per contrastare ad esempio il fenomeno della mancata comunicazione di disdetta sugli appuntamenti già prenotati, che contribuisce in parte all'allungamento dei tempi d'attesa.

Per quanto concerne la comunicazione interna, sul sito intranet sono disponibili report settimanali e mensili sull'andamento dei tempi di attesa.

Lo strumento interno di comunicazione di fatti/novità di rilevante impatto organizzativo, oltre alle comunicazioni formali, è la posta elettronica (messaggi *everyone*).

Gli strumenti sopra menzionati sono stati ad oggi utilizzati in maniera efficace, sebbene le azioni non abbiano trovata completa sistematicità attraverso la definizione di un piano aziendale di comunicazione delle liste di attesa.

Per tale ragione, l'obiettivo prossimo è quello di costruire una mappa ragionata di ciò che si dovrebbe fare, da parte di chi, con quali risorse, attraverso l'analisi dello scenario, la definizione degli obiettivi e delle responsabilità, l'individuazione dei diversi pubblici a cui la comunicazione si indirizza.

Progetto SIGLA - andamento tempi di attesa.

Il completamento della prima fase di implementazione dell'informatizzazione del percorso chirurgico in tutte le U.O. dell'Azienda ha consentito di uniformare in Azienda i percorsi di inserimento in lista con criteri condivisi di priorità, da cui un report con i tempi di attesa medi per ogni intervento, in funzione anche della classe di priorità con cui lo stesso intervento è stato inserito in agenda.

In questa prima fase, i tempi di attesa rilevati sono riportati semplicemente in termini di attesa media, con tutti limiti interpretativi che questo comporta.

Poiché il sistema di prenotazione informatizzato "Galileo" non è ancora completo nella sua parte intraoperatoria, con la gestione del verbale operatorio, i tempi di attesa riportati sono rilevati in maniera retrospettiva incrociando i pazienti inseriti in lista e gestiti con "Galileo" con la banca dati dei pazienti operati gestita attraverso Infoclin.

Il report sui tempi di attesa medi, unitamente alla gestione informatizzata delle liste di attesa che consente di vedere in ogni momento il numero di pazienti in lista, permette una programmazione delle sedute operatorie in funzione dei pazienti che sono prossimi ai limiti massimi previsti per la propria classe di priorità o che sono oltre.

Al fine di abbattere i tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi a bassa complessità, è attivo in Azienda una sorta di percorso di garanzia che vede, anche nel caso dei ricoveri, la collaborazione degli Ospedali privati accreditati.

Il percorso prevede che in sede di visita chirurgica, quando il quadro diagnostico è completato, il cittadino viene informato dei tempi di attesa medi per ricevere la prestazione in ambito pubblico, e della possibilità di rivolgersi ad uno dei tre ospedali privati polispecialistici della Provincia per ottenere la stessa prestazione in tempi brevi.

Il percorso alternativo, che non implica oneri aggiuntivi per chi sceglie di rivolgersi al sistema privato, è apprezzato dall'utenza, mentre chi decide di aspettare in lista negli ospedali pubblici lo

fa con consapevolezza e senza recriminazioni. Allo stesso tempo, ha permesso di ripulire vecchie liste di attesa, offrendo la medesima opportunità a chi attendeva l'intervento da molti anni. Infine, poiché l'attività erogata dai privati è contemplata tra la committenza annuale, per l'Azienda Usl l'attivazione del percorso stesso non ha comportato alcun costo aggiuntivo.

Anno 2011

	RAVENNA		FAENZA		LUGO		
	Classe	Attesa	n°	Attesa	n°	Attesa	n°
Riparazione ernia ing.	A	89	2	42	32	25	57
	B	72	13	105	48	63	86
	C	103	3	203	25	133	26
	D					323	3
	Classe						
Protesi d'Anca	A	46	3	33	4	20	17
	B	59	45	41	23	78	64
	C	88	23	116	28	159	47
	D	200	3	91	2	361	13
	Classe						
Tonsillectomia	A	42	4				
	B	54	11	46	6		
	C	132	65	54	37		
	D	166	24	69	31		
	Classe						
Int. Tumore della Mammella	A	29	15	21	7	23	9
	B						
	C						
	D						
	Classe						
Int. Tumore della Prostata	A	30	27	58	13	24	8
	B						
	C						
	D						
	Classe						
Int. Tumore del Colon Retto	A	31	70	22	59	21	43
	B			41	2		
	C						
	D						
	Classe						
Int. Tumore dell'Utero	A			39	24	70	4
	B						
	C						
	D						
	Classe						

Modalità di gestione delle agende di prenotazione. Tutti gli interventi chirurgici in elezione vengono inseriti in un sistema di prenotazione informatizzato "Galileo", in base alla definizione della tipologia di intervento secondo codifica ICD IX CM e seguendo i livelli di priorità (A, B, C, D), condivisi in Azienda per ogni branca specialistica (procedura uniforme sui tre presidi ospedalieri dell'Azienda).

Il programma Galileo supporta il personale del precovero e i medici nel:

- prenotare gli accertamenti preoperatori richiesti in fase di visita chirurgica o anestesiologicala in tempo utile per l'intervento programmato;
- confermare la data di ricovero dopo la conferma di idoneità a sostenere l'intervento da parte del personale medico (chirurgo e anestesista);
- gestire eventuali variazioni rispetto alla data concordata (indisponibilità del posto letto, indisponibilità del paziente, altro);

- gestire eventuali abbandoni della lista di attesa.

In occasione dell'implementazione della procedura informatizzata di gestione del percorso chirurgico è stata attivata una formazione a cascata su tutto il personale infermieristico dei servizi di prericovero e sul personale medico (chirurghi ed anestesisti) in merito alle varie fasi del percorso stesso. Nella maggior parte dei casi si è trattato dello stesso personale già assegnato a tali funzioni.

In ogni presidio quindi sono attivi appositi servizi di prericovero con personale dedicato ed appositamente formato che gestiscono tutte le fasi del ricovero e la relazione coi pazienti: inserimento della persona nel percorso Galileo secondo i quattro livelli di priorità indicati dalle disposizioni regionali; chiamata dell'assistito in nota operatoria; pianificazione del percorso operatorio e degli esami prericovero; definizione della programmazione mensile e settimanale attraverso la predisposizione di liste operatorie.

La programmazione del completamento dell'informatizzazione del percorso operatorio prevede: entro il 2012 l'informatizzazione su "Galileo" del verbale operatorio, che consentirà di calcolare direttamente il tempo di attesa tra l'inserimento in lista e l'esecuzione dell'intervento; entro il 2013, l'implementazione, sempre su "Galileo" delle note operatorie, che consentirà una puntuale analisi dell'utilizzo e dell'occupazione delle sale operatorie.

B.4 Progetto la prevenzione secondarie delle malattie cardiovascolari (Piano regionale della prevenzione 2010-2012):

Le tre Cardiologie aziendali utilizzano la lettera di dimissione secondo il format regionale per garantire lo scambio d'informazioni rilevanti per il paziente. Tale format non è però stato ancora adottato dalle altre unità operative. Le tre Cardiologie applicano altresì un percorso di follow up ambulatoriale post-ricovero per il controllo dei pazienti sottoposti ad angioplastica primaria per IMA. La cadenza dei controlli autogestiti (in assenza di complicanze pre-esistenti o subentranti, per le quali esiste in qualsiasi momento la possibilità di visita ambulatoriale urgente e di consulenza telefonica al MMG) è di un 1° controllo a 30/45 giorni, un 2° controllo a 90 giorni ed un 3° ed ultimo controllo a 6 mesi dall'evento (quest'ultimo appuntamento viene di norma riservato ai pazienti che necessitano di ulteriori accertamenti quali ad esempio la scintigrafia miocardica, oppure in caso di particolari problematiche cliniche come nell'eventualità di una rivascolarizzazione incompleta).

Allo stato attuale permane evidente lo sbilanciamento ospedalocentrico nella gestione a breve-medio termine di questa particolare tipologia di paziente.

Nel corso del 2011 è stato implementato il progetto di distribuzione diretta dei farmaci, che nel caso specifico delle tre Cardiologie aziendali ha coinvolto sia i pazienti in dimissione ordinaria e DH sia i pazienti ambulatoriali. Il progetto vede l'impegno comune di Cardiologie e Farmacie Interne a garantire nei tempi e modi più rispettosi delle necessità del paziente i farmaci di pertinenza cardiovascolare. esempio ne è l'invio in reparto al paziente in dimissione del pacchetto di farmaci personalizzato.

In tale progetto trova coinvolgimento anche il Medico di Base, che è chiamato a valutare e – se d'accordo – a condividere e controfirmare la prescrizione del collega specialista.

B.5 Prevenzione malattie croniche e fragilità: prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattia (patologie cardiovascolari, diabete), persone con disabilità, anziani

Nel corso del 2011 è stato messo a punto, in collaborazione con il DSP della Regione Emilia Romagna e le Unità Operative di Medicina dello Sport di Bologna, Parma, Modena e Ferrara, un progetto che ha come scopo quello di portare dentro il SSR l'esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco (Esercizio fisico Adattato – EFA), per persone con malattie sensibili a questo trattamento (malattie cardiovascolari e dismetaboliche), e di evitare una inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati (disabilità stabilizzata da eventi patologici come malattie degenerative osteoarticolari o malattie neurologiche quali S.di Parkinson) attraverso l'Attività Fisica Adattata - AFA.

In questo progetto la presa in carico della persona e la "prescrizione" o l'avvio all'esercizio fisico è sempre considerato un intervento sanitario a carico del SSR, e avviene nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra MMG/PLS e medico specialista (Medico dello sport, Cardiologo, Diabetologo, Fisiatra,..); il concreto svolgimento dell'attività fisica avviene in ambito SSR solo per le persone che presentano un quadro più complesso, e per il tempo necessario all'autonomia e alla sicurezza del paziente; al di fuori di queste situazioni, quindi nella maggior parte dei casi, la fase della "somministrazione" dell'esercizio fisico avverrà al di fuori dell'ambito di intervento del SSR, ma con modalità e in strutture riconosciute e legate da patnership con il Servizio stesso.

Nel corso del 2011 c'è stato il coinvolgimento del Dipartimento di Cure Primarie con l'individuazione di un Nucleo di Cure Primarie i cui MMG hanno dato la disponibilità ad individuare i Pazienti da inviare per l'arruolamento. Si è provveduto a coinvolgere i vari specialisti (cardiologi, diabetologi, internisti) coinvolti nelle patologie oggetto del progetto e cioè diabetici tipo 2, pazienti affetti da sindrome metabolica e pazienti con evento coronario acuto.

E' stata assicurata la partecipazione ad un tavolo regionale con fisiatri, fisioterapisti e altre figure professionali per la parte relativa all'AFA. Sono state poste le basi per dotare l'UO di Medicina dello sport di un laureato in scienze motorie e si è individuato all'interno del CMP un locale idoneo all'uso come palestra..

Per quanto riguarda le strutture esterne al SSR dove proseguire la somministrazione dell'esercizio fisico, in applicazione alla DGR 1154/2011 e del progetto denominato Palestre Sicure, si è proceduto alla verifica dei requisiti delle palestre che hanno fatto richiesta di adesione al progetto. Le palestre aderenti al progetto "Muovi la Vita", già portato avanti in ambito locale in collaborazione con il DSP, la CNA, e la Confcommercio sotto l'egida della Conferenza socio sanitaria, possedendo i requisiti richiesti dalla DGR 1154 in quanto sovrapponibili a quelli inseriti nel codice di autoregolamentazione sono state le prime ad essere inserite nel circuito regionale. Altre strutture del nostro territorio hanno fatto richiesta di essere inserite nel circuito regionale e perciò ispezionate per la verifica dei requisiti.

Inoltre nel corso del 2011 è stato avviato il progetto di Stimolazione Motoria e Cognitiva in tutti e tre gli ambiti territoriali, portato avanti in collaborazione tra la Medicina dello Sport con il Servizio Assistenza Anziani, la UISP, le Associazioni Alzheimer di Ravenna e di Faenza con alcune Amministrazioni comunali. Questo progetto propone di attuare nella nostra Azienda, in affiancamento ai programmi di presa in carico e stimolazione cognitiva già previsti dal Servizio, un programma di attività motoria rivolto a soggetti affetti da demenza di grado lieve e moderato nella consapevolezza che il miglioramento della patologia che deriva dalle due metodiche non sia la somma, ma un effetto moltiplicato dalla contemporaneità dell'intervento, senza dimenticare che aumentando l'autonomia motoria dei destinatari dell'intervento si opera sulla prevenzione delle cadute e degli incidenti.

B.6 Facilitazione dell'accesso ai servizi distrettuali: le Case della salute

Percorso di realizzazione delle Case della Salute Sono stati individuati cinque NCP (R01, R02, L02, F01 e F02) in cui realizzare le Case della Salute: sono stati organizzati gli incontri con i Sindaci e il Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ravenna, per la condivisione del percorso di realizzazione delle Case della Salute.

Organizzazione di iniziative formative per i professionisti Nell'ambito del Progetto CCM 2009 *“Comprehensive, Community and Home Based Health Care Model” (CCHBHC) per soggetti con fragilità sociosanitaria e pazienti affetti da BPCO e Scompensato Cardiaco. Implementazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili in una realtà aziendale e valutazione degli strumenti più efficaci per l'applicazione del modello a livello locale.* è stata prevista ed effettuata la formazione interdisciplinare del team assistenziale (MMG e infermieri) per la presa in carico pro-attiva dei pazienti con BPCO. L'attività formativa ha coinvolto il personale dei NCP partecipanti alla sperimentazione (NCP: R01, L02 e F01) e del NCP R02. Gli obiettivi formativi comprendevano: conoscere il contesto organizzativo e legislativo del Sistema sanitario, nazionale e locale; riconoscere il ruolo e le competenze professionali del Medico e dell'Infermiere; conoscere ed applicare il modello clinico-assistenziale del CCM; sviluppare il ruolo dei professionisti in tema di counselling e empowerment, conoscere l'eziologia e gli aspetti epidemiologici della BPCO e dello Scompensato Cardiaco; conoscere gli strumenti diagnostico-terapeutici per la BPCO quali linee guida ed evidenze scientifiche, la spirometria e l'uso dello spirometro e dell'ECG; prevenzione primaria e secondaria; costruire banche dati, pianificare un programma di follow up; acquisire le nozioni per la gestione delle emergenza-urgenze cardiopolmonari mediante corso specifico retraining-BLS.

Profili di Nucleo Sono stati organizzati, in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e il *Center for Research in Medical Education and Health Care* della *Thomas Jefferson University* di Philadelphia, gli incontri di presentazione dello strumento “Profili di Nucleo” ai Coordinatori di NCP dell'Azienda.

B.7 Modello organizzativo per lungodegenza

Nel 2011 è stata riaperta la Lungodegenza di Cervia dotata di 27 posti letto modulati in due aree, in funzione del grado di stabilità clinica dei pazienti e dell'intensità di assistenza medico ed infermieristica necessarie: un'area Lungodegenza dotata di 15 posti letto ed un'Area Post-Acuti dotata di 12 posti letto, di cui 3 dedicati alla Riabilitazione Estensiva. La struttura inoltre dispone di tutti gli spazi di supporto per i pazienti, il personale ed i visitatori previsti dall'accreditamento.

La mission del reparto è quella di assicurare, in primis ai pazienti del comune di Cervia e delle frazioni limitrofe del Comune di Ravenna, la funzione di lungodegenza necessaria per la prosecuzione delle cure dopo la fase acuta del ricovero.

L'invio dei pazienti è previsto prioritariamente dai reparti di medicina interna, ortopedia, neurologia, oncologia e medicina d'urgenza. La valutazione delle richieste di trasferimento è effettuata quotidianamente mediante una valutazione dei bisogni assistenziali del paziente, da un infermiere case manager del settore Post Acuti. Per i pazienti inviati dai servizi socio-sanitari territoriali (RSA, Case Protette, assistenza domiciliare) verrà attivata prima del trasferimento la valutazione del PUA.

La validazione finale del trasferimento avviene ad opera di un medico internista e viene assimilata ad ogni effetto ad una presa in carico della Unità Operativa di Medicina Interna.

Il modello assistenziale si pone l'obiettivo di migliorare la continuità assistenziale ai pazienti trasferiti, valendosi di un approccio multidisciplinare e della consulenza presso la Lungodegenza degli specialisti che hanno gestito la fase acuta dei pazienti: Oncologi–Team Cure Palliative, Ortopedici, Fisiatri, Geriatri.

Nel corso del 2011 la nostra Azienda ha partecipato ad incontri con il Servizio Presidi Ospedalieri della RER, avente oggetto "Survey regionale LPARE", durante i quali sono stati compilati dai Direttori LPARE dei questionari specifici, con successivo ritorno di Report Analisi Dati SDO sulla Lungodegenza Post Acuzie; inoltre ha partecipato allo studio sui "Bed Blockers" nel mese di maggio con successiva presentazione dei risultati preliminari il 21 novembre.

Infine sono stati attivati 10 nuovi posti letto di Riabilitazione Estensiva: 2 presso l'U.O. PostAcuti dell'Ospedale di Lugo, altri 2 presso l'U.O. PostAcuti dell'Ospedale di Faenza e 6 presso l'U.O. PostAcuti dell'Ospedale di Ravenna.

B.8 Miglioramento della presa in carico di pazienti fragili, con particolare attenzione al passaggio da un ambito assistenziale a un altro e alla fornitura di presidi

Nel 2011 si è consolidato il sistema della presa in carico attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) nel percorso assistenziale ospedale territorio, per tutta la popolazione fragile sul piano sanitario, sociosanitario e sociale. Vedi tabelle sotto riportate.

Attività 'Punto Unico di Accesso' (PUA) per le dimissioni protette dall'ospedale al domicilio, anno 2011

	Segnalazioni delle UU.OO ospedaliere	Presa in carico come dimissione protetta al domicilio anno 2011				Altre tipologie di dimissione o presa in carico assistenziale	
		Sanit.	Sociale	San. / Soc	Totale	UVG	Altro *
Ravenna	2.771	1.017	131	146	1.294	402	1.075
Lugo	777	304	118	202	627	16	134
Faenza	1.348	302	212	199	713	189	446
Provincia	4.896	1.623	461	550	2.634	607	1.633

Fonte dati Ausl Ravenna *Altro = non dimessi/trasferiti ad altra U.O. ;deceduti; segretario sociale.

Attività di presa in carico PUA, serie storica anni 2009 - 2011

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Ravenna	1.330	1.458	1.294
Lugo	453	612	627
Faenza	742	668	713
totale AUSL	2.525	2.738	2.634

Fonte dati Ausl Ravenna

A ciò si aggiunge l'attività riferita all'utilizzo dello strumento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che oltre a coinvolgere i servizi per le dimissioni protette a domicilio, nell'anno 2011 è stato esteso a tutte le tipologie di valutazione dei servizi territoriali: salute mentale, NPIA, Dipendenze Patologiche, non autosufficienza (disabili e anziani) entro processi di valutazione integrata con i Servizi Sociali. L'UVM nei casi complessi prevede una rivalutazione

multidisciplinare per la valutazione e gestione di tali casi, in quanto presentano problematiche multiple, afferenti a due o più servizi, di area sanitaria e sociale, con modalità coordinate per la gestione di casi complessi in regime di residenzialità con carattere di lungo-degenza socio-sanitaria. Entro tale composizione multidisciplinare partecipano tutti gli operatori necessari (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori...) per la valutazione di servizi quali gli inserimenti in struttura, assegni di cura. Nelle valutazioni relative ad aree della non autosufficienza senza carattere di complessità (es. un rinnovo dell'assegno di cura, dimissione protetta al domicilio) la valutazione multidimensionale viene effettuata dall'infermiere e dall'assistente sociale.

Nel 2011 l'U.O.Geriatria ha valutato l'efficacia della Scala BRASS, che attraverso la rilevazione di un minimum data set relativa all'inquadramento multidimensionale dell'anziano fragile, si pone l'obiettivo di individuare i fattori di rischio di degenza prolungata e conseguentemente di dimissione difficile.

Un attento monitoraggio del percorso assistenziale successivo al ricovero di un campione di 705 pazienti, ha confermato la validità predittiva di questo strumento, in particolare:

- BRASS ≥ 20 , indica casi che richiederanno un frequente ricorso, dopo la dimissione, a successivi percorsi presso Post-Acuti, RSA o istituzionalizzazione.
- BRASS 11-19, indica un rientro al domicilio in modalità ordinaria o protetta in più del 60% dei casi.
- BRASS 0-10, indica che più del 70% dei pazienti sarà dimesso in modo ordinario e solo nel 10-15% sarà necessario attivare una dimissione protetta.

Quindi la somministrazione di questa Scala si presenta particolarmente efficace per la valutazione degli anziani fragili ricoverati e per la scelta più idonea possibile del timing della loro dimissione e del percorso post-ricovero da attivare.

Nel 2011 è stato attivato un gruppo di lavoro per formulare una procedura relativa alla prescrizione ed autorizzazione degli ausili e delle protesi. Al fine di potere centralizzare il più possibile la prescrizione e quindi il controllo dell'appropriatezza e dei consumi, si è definito di restringere il campo dei dispositivi assistenziali, inserendo le carrozzine ed i sollevatori nei dispositivi riabilitativi, ed è stato individuato un elenco di medici (MMG e medici di alcune unità operative quali la Medicina Interna, la Geriatria, la Lungodegenza, l'Ortopedia, la Pneumologia, la Nefrologia e l'Oncologia) che hanno la possibilità di prescriberli.

Si è inoltre stabilito che il medico prescrittore è nello stesso tempo autorizzatore. Si sono date nuove disposizioni relative ai collaudi e ai tempi di consegna, in linea con le indicazioni regionali, nonché si è definito una revisione del flusso informativo per la tracciabilità degli stessi.

Si è infine attribuito il compito di referente gestionale del sistema ausili assistenziali ad un medico di organizzazione del Dipartimento Cure Primarie, mentre per gli ausili riabilitativi il responsabile è il Direttore dell'U.O. aziendale di Medicina Riabilitativa.

B.9 Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole - e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito

Per quanto riguarda lo scambio di informazioni fra professionisti e l'incremento di documenti clinici scambiati all'interno della rete SOLE, possiamo notare la progressione che si è verificata negli anni nell'invio dei referti a SOLE, come si evince dalla tabella sottostante che enumera i referti annualmente inviati dai nostri sistemi al server SOLE divisi per le varie tipologie.

Referti	2009	2010	2011
Laboratorio	175.473	281.605	299.886
Radiologia	25.996	38.562	41.868
Specialistica	12	1.184	13.515
Pronto Soccorso	4.320	87.180	92.181
Totali	205.801	408.531	447.450

Questi documenti clinici vengono inviati automaticamente al MMG/PLS del paziente, salvo disallineamenti anagrafici o problemi con il consenso.

I nostri sistemi dipartimentali utilizzano un catalogo delle prestazioni con vari livelli di codifica fra i quali anche il catalogo SOLE. In ogni caso gli aggiornamenti del catalogo SOLE sono regolarmente recepiti dai nostri dipartimentali ed i livelli di codifica allineati fra loro.

Diffusione del Fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, per quanto al momento sia in piena fase sperimentale, è stato offerto ai dipendenti dell'Azienda in quanto cittadini. A fine novembre 2011 il fascicolo era stato attivato da 310 dipendenti. Per i professionisti sanitari non ci sono indicazioni su come possano accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico dei loro pazienti. Per la diffusione a tutti i cittadini si ritiene opportuno un momento di riflessione su alcune tematiche come la sostituzione del ritiro del referto cartaceo e il controllo sul pagamento del ticket oltre a un arricchimento delle funzionalità del fascicolo.

Nel 2011 abbiamo svolto una grande campagna per la raccolta dei vari consensi necessari al funzionamento dell'Area Vasta Romagna e del progetto SOLE. Abbiamo inviato a casa dei cittadini l'informativa e il modulo per il consenso che ci è stato poi riconsegnato nelle nostre sedi. La campagna ha avuto un ottimo successo e nei primi mesi del 2012 verranno elaborati i consensi così raccolti per inserirli nell'anagrafe aziendale e renderli disponibili agli applicativi dipartimentali e ai MMG/PLS.

B.10 Collegamento Sportelli sociali e altri sportelli di accesso ai servizi

Quanto posto in essere negli anni 2009 e 2010 sul piano dell'organizzazione, è proseguito anche nell'anno 2011. Le evidenze mettono in luce una impostazione di raccordo di rete adeguata, ma che necessita ancora di migliorare l'efficienza. L'Ufficio di Supporto della CTSS ha predisposto uno studio di fattibilità in relazione all'integrazione tra sistemi informativi in uso nell'area sociale e quelli in uso nell'area sociosanitaria dell'Azienda Usl, coerentemente con le indicazioni regionali si stanno valutando possibili finanziamenti per portare a compimento il progetto

Il distretto di Faenza ha inoltre proceduto a dotarsi di un sistema informativo con SW per migliorare il raccordo sul piano del sistema informativo con la definizione dello strumento/cartella sociale con la ricerca, tutt'ora in corso, di rendere compatibile il SW individuato dai Comuni del Distretto con il sistema informativo in uso nell'Ausl.

Tale condizione è tutt'ora in progressiva implementazione anche nei Distretti di Ravenna e di Lugo. Tale assetto di sistema è coerente con un approccio che tiene conto delle caratteristiche geografiche e dei bisogni della popolazione, risponde inoltre in modo adeguato ai rapporti costo/beneficio e costo/opportunità.

B.11 Rete delle farmacie oncologiche

Già nell'anno 2010 la centralizzazione della produzione delle terapie oncologiche prescritte presso il Presidio di Faenza nel Laboratorio di Farmacia Oncologica di Ravenna aveva favorito una riduzione degli scarti di produzione per un valore di circa €. 50.000. Nel corso del 2011 si è completata tale centralizzazione, ricomprendendo anche il presidio di Lugo e comportando una minore spesa per farmaci per un valore di circa €80.000.

La procedura informatica adottata è quella diffusa a livello regionale, che è ritenuta la più congrua e rispondente alle esigenze dell'ambito oncologico, e si è assicurata la partecipazione ai gruppi tecnici organizzati da IRST per AVR per la revisione ed aggiornamenti del sistema.

Tutti gli approfondimenti elaborati all'interno del gruppo regionale dedicato all'oncologia (ROFO) sono stati recepiti.

È stata applicata la procedura per il frazionamento in sicurezza dell'Avastin a somministrazione intravitreale,

È stata predisposta la procedura regionale per l'allestimento di bortezomib (nel 2009, in ambito regionale, la quota di bortezomib non utilizzato è stata di € 408.970) ed è stato effettuato lo studio di stabilità. È stata effettuata un'analisi della procedura 5-azacitidina per lo studio di stabilità (percorso analogo a quello attivato nel 2010 per bortezomib). In merito si segnala che pur seguendo le procedure concordate all'interno del tavolo regionale, il laboratorio di farmacia oncologica di Ravenna, non possiede le caratteristiche costruttive ed impiantistiche atte ad attivare l'estensione di validità dei prodotti.

Sono state recepite le raccomandazione elaborate dal Gruppo Regionale Farmaci Oncologici e sono stati predisposti e realizzati gli audit previsti a livello regionale sulle patologie colon retto, e polmone.

Per quanto riguarda la rete locale di Area Vasta Romagna a fine anno 2010 è stato costruito un percorso che è esitato in una convenzione una tantum (con validità fino al 31/01/2011) atta a garantire la copertura da parte del personale farmacista IRST di eventuali criticità occorrenti presso il laboratorio di farmacia oncologica di Ravenna, possibile solo attraverso l'attivazione di un sistema di rete integrato. Attualmente è in fase di definizione, per una strutturazione più definitiva, l'accordo fra Azienda Usl di Ravenna e Irst per garantire la continuità della produzione delle terapie oncologiche nelle giornate festive

Stante l'evoluzione verso le terapie orali, è stata implementata l'attività di erogazione diretta delle terapie orali con presa in carico dei pazienti aziendali da parte del Laboratorio di farmacia oncologica anche con prescrizioni provenienti da altre Aziende sia con attivazione della procedura di AVR, sia verso altre Aziende (al 30/11/2011 importo pari a €55.706 per Faenza, €38.460 per Lugo; €227.729 Ravenna)

È stato effettuata un'analisi di fattibilità del Minimum data set in Oncologia richiesto dalla Regione con la ricognizione di un minimo di dati per consentire la generazione di un flusso informativo clinico verso la regione.

Nell'ottica del contenimento dei costi utilizzando farmaci con brevetto scaduto o biosimilari, sono state percorse le seguenti due piste:

- all'interno del Dipartimento stante l'indirizzo verso l'utilizzo dei biosimilari, sono stati concordati con le UU.OO Oncologia ed Ematologia i criteri di prescrizione dei fattori di crescita biosimilari,
- è stata effettuata una valutazione tecnica per messa a gara di due molecole genericate (gemcitabina e docetaxel).

B.12 Appropriately prescriptive

Nel corso del 2011 i Medici di organizzazione del Dipartimento Cure Primarie congiuntamente ai Farmacisti della Ausl di Ravenna hanno realizzato i seguenti obiettivi.

Sono stati effettuati incontri individuali (60 incontri con 59 MMG) con i medici iperprescrittori e con i medici normo/ipoprescrittori il cui profilo prescrittivo ha evidenziato un trend in peggioramento. Nel corso di questi incontri è stata analizzata la performance prescrittiva utilizzando report specifici sull'analisi della tipologia di farmaci prescritti per medico, sul monitoraggio dei 50 principi attivi più prescritti in relazione alla spesa, sull'osservatorio note AIFA e sono stati definiti obiettivi individuali quali-quantitativi di miglioramento.

Sono state valutate le seguenti prescrizioni relative al periodo 1/1-31/12/2010 ai fini della richiesta di chiarimenti e di un eventuale invio alla Commissione Aziendale ex art.27 ACN vigente. Vedi tabella sottostante.

Prescrizione inappropriata	n°prescrizioni	n°medici interessati
fluorochinoloni in soggetti di età < a 18 anni	233	119
antiandrogeni in soggetti ♀	48	28
stronzio ranelato in soggetti ♂	393	109
imiquimod non in distribuzione diretta	11	8
farmaci con nota AIFA 79 in soggetti di età < a 50 anni	452	88

Fonte dati Servizio farmaceutico Ausl Ravenna

È stata effettuata un'analisi della prescrizione sulla farmaceutica esterna a favore degli anziani ricoverati in Case Residenza Aziendali (esaminate 10 strutture dell'ambito di Ravenna, 11 strutture dell'ambito di Lugo, 9 strutture dell'ambito di Faenza), ponendo particolare attenzione agli scostamenti significativi rilevati tra le strutture in termini di costi complessivi, costi per posto letto e per giornata di assistenza e sui volumi di consumo e/o di costo di alcune specialità farmaceutiche che risultano particolarmente significativi in valore assoluto o come incremento relativo rispetto al 2010.

Successivamente sono stati programmati gli incontri con i singoli medici di diagnosi e cura ed i coordinatori infermieristici operanti nelle strutture al fine di esaminare l'andamento delle rilevazioni effettuate, capirne le motivazioni e mettere in atto gli idonei interventi correttivi.

In data 15/6/2011 è stato trasmesso a tutti i Coordinatori dei Nuclei invitandoli alla diffusione a tutti i Medici di Medicina Generale di appartenenza di quel Nucleo, in analogia con la trasmissione effettuata agli specialisti, il Documento Regionale di indirizzo per gli usi appropriati di ACE inibitori e sartani; il DCP di Lugo ha incontrato i 4 NCP distrettuali, alla presenza del primario della Cardiologia di Lugo, con il seguente ordine del giorno:

- Nuova Nota AIFA 13 -Report del Gruppo di lavoro Ospedale-Territorio dell'AUSL di Ravenna;
- Documento regionale di indirizzo per gli usi appropriati di ACE-inibitori e sartani.

Gli incontri di NCP su statine e sartani sono stati programmati nel quarto trimestre 2011.

Sono state fornite linee guide in merito all'area cardiovascolare ai MMG nell'estate 2011.

E' stata effettuata anche l'implementazione relativa al trattamento delle infezioni delle vie urinarie come da direttive regionali: in collaborazione con l'Igiene Pubblica, è stata elaborata una sintesi della Linea Guida Regionale che è stata quindi inviata ai MMG tramite newsletter nell'estate 2011.

Contemporaneamente con gli specialisti Diabetologo, Cardiologi e Psichiatri sono stati realizzati confronti volti alla definizione nei Gruppi di lavoro organizzati concordando sulla selezione dei

farmaci coinvolti avendo attenzione alle classi, principi attivi, formulazioni e dosaggi ricompresi nel Prontuario Provinciale in attesa della realizzazione di quello di AVR.

È stata attivata la distribuzione diretta di antidiabetici, statine, antiipertensivi in favore dei pazienti diabetici e con patologia cardiovascolare.

B.13 Prevenzione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza

Nell'anno si è cercato di sensibilizzare i Medici Clinici dell'Ausl sull'importanza della segnalazione degli effetti avversi da farmaci riscontrati, ricordando anche la strutturazione della rete aziendale ed il percorso specifico da attivare. Il tutto attraverso la realizzazione di incontri, presente anche il responsabile della Vigilanza, all'interno dei Comitati di Dipartimento del Dip.to Onco Ematologico, Maternità Infanzia ed Età Evolutiva, Internistico I e con i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Stante l'utilizzo esteso di farmaci OFF Label in Pediatria, per l'assenza di sperimentazione in questa tipologia di pazienti, si è provveduto a realizzare schede informative dirette al paziente o al tutore, mentre per il Clinico Pediatra si sono ricercati riferimenti relativi a banche dati che possano supportarlo nella prescrizione. Allo scopo è stata realizzata una giornata formativa rivolta a tutti i PLS e Pediatri ospedalieri per coinvolgerli sia alla ricerca di fonti evidence based che alla segnalazione degli eventi avversi.

Sono state effettuate azioni volte a creare attenzione ed informazione anche nei confronti dei pazienti oncologici che utilizzano farmaci (quasi sempre farmaci orali) al loro domicilio. Anche in questo caso sono state fornite al paziente o al caregiver, attraverso il personale infermieristico a livello di DH, schede informative elaborate al fine di migliorare l'uso di tali farmaci, focalizzate sui alcuni aspetti della terapia quali i tempi di somministrazione, i pasti (cibi e bevande) e le interferenze con altri farmaci.

Nel corso dell'anno è stata posta attenzione sulla vigilanza delle politerapie, somministrate durante la degenza in Unità Operative dotate di Armadio Computerizzato per lo stoccaggio dei farmaci, sensibilizzando il clinico alla ricerca della migliore semplificazione possibile dei trattamenti ed alla segnalazione degli eventi avversi.

B.14 Appropriatelyzza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio

Per quanto concerne il GH nel 2011 la selezione dei casi ha rispettato la nota AIFA 39 del 16\11\2010, i pazienti arruolati sono stati 34 rispetto ai 36 dell'anno precedente, la spesa totale è rimasta invariata e gradualmente sono stati utilizzati i preparati indicati dalla Regione in quanto vincitori d'asta.

Nel 2011 il Servizio Politiche del Farmaco della RER ha ritenuto di procedere su base sistematica alla valutazione dell'impiego nelle diverse aziende dei seguenti farmaci: Bevacizumab e Cetuximab nel carcinoma coloretale e Pemetrexed e Bevacizumab nel carcinoma polmonare non a piccole cellule.

Nell'Ausl di Ravenna relativamente l'utilizzo del Bevacizumab e Cetuximab nel carcinoma coloretale è avvenuto sostanzialmente conformemente alle raccomandazioni d'uso, con la sola eccezione dell'impiego, in un numero molto limitato di casi, in prima linea di Bevacizumab in

aggiunta alla chemioterapia con Fluoropirimidine e Irinotecan e all'impiego, in seconda linea, di Bevacizumab in aggiunta alla chemioterapia con Fluoropirimidine e Irinotecan.

Anche l'impiego del Pemetrexed e Bevacizumab, nel carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), è avvenuto sostanzialmente conformemente alle raccomandazioni d'uso con la sola eccezione, dell'impiego del Pemetrexed in un NSCLC non a cellule squamose, in condizioni generali non buone, con performance status ≥ 2 , per i quali i dati disponibili suggeriscono di non utilizzare l'associazione di due farmaci. Tuttavia in questo caso si tratta di un solo paziente trattato con la scheda in oggetto su 4 complessivamente trattati con queste caratteristiche. Non risultano trattati pazienti con carcinoma polmonare non microcitoma con associazioni contenenti Bevacizumab.

Relativamente alla verifica all'aderenza alle Linee Guida Regionali sul "Trattamento sistemico della Psoriasi a placche moderata-grave", secondo le indicazioni del Protocollo di Monitoraggio della RER, presso la nostra Ausl è stato costituito un Gruppo di lavoro composto da due Dirigenti Medici dermatologi, un Farmacista e un Medico di Direzione Sanitaria, che ha provveduto, come previsto dalla prima fase di monitoraggio retrospettivo a verificare le cartelle di tutti i nuovi pazienti che nel 2010 (33) sono entrati in trattamento con farmaci biologici al fine di verificare l'aderenza alle Linee Guida secondo criteri definiti. L'esito della verifica risultata positiva è stata comunicata formalmente alla Regione.

E' stato svolto il 04-10-2011 un Audit, sempre secondo le indicazioni del Protocollo di Monitoraggio.

Nel gennaio 2012 il Gruppo di lavoro si è riunito, per svolgere la seconda fase di Monitoraggio prospettico per la valutazione dei nuovi pazienti inseriti,(7) valutando i criteri di inserimento che sono risultati conformi ed aderenti alle Linee Guida della Regione. I risultati sono stati comunicati formalmente alla Regione.

Nel 2011 in collaborazione con il DSM, è stata realizzata revisione del protocollo aziendale condiviso sui trattamenti con Antipsicotici Atipici (APA), stante l'indirizzo e l'uso off label piuttosto frequente di queste e di altre classi di farmaci per il trattamento farmacologico di pazienti psichiatrici.

B.15 Prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto

In ambito ospedaliero, il capitolato tecnico, in caso di scadenza brevettuale durante la vigenza della gara, prevede la ricontrattazione ed aggiudicazione al fornitore dell'equivalente offerto al minor prezzo.

E' stata garantita in corso d'anno informazione tempestiva ai MMG delle scadenze di brevetto e relative riduzioni dei prezzi.

Complessivamente l'incremento della prescrizione dei farmaci equivalenti (a brevetto scaduto) è passata dal 54,2 % del mese di dicembre 2010 al 58,7% del mese di dicembre 2011 con un incremento pari al 4,5 %. In particolare la promozione dell'impiego del losartan ha permesso di raggiungere l'obiettivo assegnato del 14,7 % di prescrizione di losartan sui sartani; mentre appare sostanzialmente stabile la percentuale di equivalenti nell'ambito delle statine, in lieve flessione la % di Ace-inibitori sul totale Sartani.

Nell'anno Linee Guida RER sull'utilizzo dei sartani ed ace inibitori sono state trasmesse a tutte le unità operative di Cardiologia, Medicina e Nefrologia al fine di promuoverne l'utilizzo.

Relativamente alla formazione dei medici, sono stati inviati periodicamente gli aggiornamenti delle liste di trasparenza pubblicate dalla RER. In occasione di tutti gli incontri aventi per oggetto la prescrizione farmaceutica, sia individuali che collettivi, è stata fortemente sottolineata l'importanza della prescrizione dei farmaci equivalenti, nell'ambito di un appropriato uso delle risorse.

B.16 Interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

Nel 2011 non è stato possibile sottoscrivere l'Accordo Integrativo Locale fra Ausl di Ravenna ed i MMG e PLS nonostante ciò, come già riportato, sono proseguite le azioni di verifica e confronto, volte ad evidenziare eventuali non conformità con segnalazione alla Commissione della Convenzione (unico organismo riconosciuto dai MMG e PLS) nell'intento di perseguire un miglioramento dell'appropriatezza.

La spesa farmaceutica convenzionata aziendale è caratterizzata anche nel 2011 da un maggiore volume prescrittivo (maggior numero di ricette, maggior numero di confezioni per ricetta, maggior numero DDD) con utilizzo di farmaci più costosi che generano complessivamente una spesa più elevata rispetto alla media regionale.

Nel tentativo di arginare la spesa sostenuta su alcune classi di medicinali quali PPI, Analoghi delle insuline e insuline a lunga durata, Statine, antidepressivi SSRI, si è concordato con gli specialisti una presa in carico dei pazienti complessi diabetici, cardiologici, psichiatrici, con erogazione diretta a seguito di visita ambulatoriale, dei farmaci selezionati inclusi nel Prontuario Provinciale e prescritti anche dai MMG in cronicità.

Inoltre negli ultimi mesi dell'anno sono iniziate riflessioni sull'estensione della erogazione diretta decentrata (Distribuzione per conto) non avendo ancora sfruttato a pieno il suo potenziale nell'Azienda di Ravenna

Di seguito si riportano i risultati conseguiti con riferimento alle "categorie terapeutiche critiche" oggetto di obiettivi specifici da parte degli organi regionali.

Inibitori di pompa acida

Descrizione Obiettivo: diminuzione del numero di DDD 1000 ab die.

Indicatore: DDD 1000 ab die attese = 52,2

Risultato osservato: DDD/1000 ab die 61,24. Delta vs obiettivo: + 17,3%

Farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina (ACE inibitori e Sartani –C09)

Descrizione obiettivo:

- 1) Aumento % Ace inibitori (non ass.) sul totale della classe. Risultato atteso: 66,6%
- 2) Diminuzione DDD 1000 ab/die Sartani (non ass.). Risultato atteso: 49,4
- 3) Aumento % Losartan sui Sartani (non ass.). Risultato atteso: 14,7%

Risultato osservato:

- 1) 62,6% vs obiettivo 66,6%
- 2) DDD/1000 ab die 55,5 vs obiettivo 49,4
- 3) 14,7% vs obiettivo 14,7%

Inibitori della HMG CoA riduttasi (Statine – C10AA)

Descrizione obiettivo:

Aumento % statine a brevetto scaduto. Risultato atteso: 45,0%

Risultato osservato:

42,3% vs obiettivo 45%

Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI – N06AB)

Descrizione obiettivo: diminuzione del numero di DDD 1000 ab die.

Risultato atteso: 32,80

Risultato osservato:

DDD 1000 ab die 36,81 vs obiettivo 32,80

Farmaci a brevetto scaduto

Descrizione obiettivo: incremento del 10%

Risultato osservato:

Gennaio 2011: 54%; Dicembre 2011: 58,5%.

B.17 Monitoraggio dei dispositivi medici

Nell'anno 2011 previa integrazione avvenuta nella composizione della Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici (DM) sono proseguiti gli incontri e le sedute volte a valutare i nuovi dispositivi proposti dai Clinici per l'inserimento nel repertorio aziendale. Tale repertorio nell'anno è stato realizzato e reso disponibile alla consultazione on line sul sito aziendale. E' stato mantenuto e proseguito l'impegno assunto di verifica nel Gruppo Regionale delle Tecnologie Sanitarie, sul completamento delle anagrafiche dei beni sanitari gestiti sia dalle Farmacie, dall'U.O.Acquisti e Logistica e dalla Fisica Sanitaria, a garanzia del mantenimento del flusso informativo alla regione.

La Commissione DM analizza le richieste dei Clinici e oltre alla risposta positiva o negativa dà indicazioni sulle modalità di gestione dei beni sanitari per ottenere l'ottimizzazione dell'impatto economico (contratto estimatorio, conto visione, gestione a scorta, gestione a transito).

Per l'acquisto di stent coronarici, di defibrillatori e di altri dispositivi per cardiologia interventistica, visto l'utilizzo importante di tali prodotti ed il conseguente impatto di spesa, è stato responsabilizzato il anche Direttore del Dipartimento Cardio Vascolare.

B.18 Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno anche nell'ambito sociale per adolescenti e giovani

Nel 2011 sono proseguite le funzioni di prossimità da parte degli operatori del Servizio Dipendenze Patologiche attraverso la realizzazione di specifici interventi di promozione della salute nelle scuole, nei luoghi di divertimento e di aggregazione giovanile, contesti a rischio per i fenomeni di uso/abuso quali pub, discoteche, raves, concerti, happy hour ed altri eventi.

Gli interventi di prevenzione nelle scuole medie di primo e secondo grado sono focalizzati alla prevenzione della infezione da HIV, delle malattie a trasmissione sessuale, al consumo di sostanze psicoattive e alla facilitazione dell'accesso ai Servizi. L'intenzione è quella di promuovere il benessere dei singoli e della comunità e di trasmettere conoscenze scientificamente corrette. Sono stati coinvolti, oltre agli studenti, gli insegnanti e i genitori con la realizzazione, nel 2011, di

214 interventi presso istituti scolastici di Ravenna, 104 interventi presso istituti scolastici di Lugo, 132 interventi presso scuole di Faenza.

Altri destinatari di questi interventi, sono stati i gruppi scout, i gruppi parrocchiali, associazioni sportive, ricreative e culturali e i centri di aggregazione per adolescenti; sono anche stati condotti gruppi di auto mutuo aiuto per genitori di giovani consumatori di sostanze psicoattive

Gli interventi di prevenzione nei luoghi di aggregazione/divertimento avvengono principalmente attraverso i progetti: "Sicuramente al mare", "Tra le righe" e "Safe style" i cui obiettivi sono:

- Dare informazioni corrette sulle sostanze legali e illegali, sui rischi connessi all'uso e all'abuso con particolare attenzione alla guida in stato di ebbrezza anche attraverso la distribuzione di materiale informativo e gadget (progetto "Se Guido Non Bevo" che garantisce una presenza capillare e continuativa nelle discoteche di riferimento al fine di incrementare il numero dei "guidatori sobri").
- Favorire l'assunzione di responsabilità e consapevolezza tra i giovani.
- Rinnovare l'attenzione alle MST e all'HIV.
- Essere un Osservatorio Epidemiologico privilegiato su consumi, stili e tendenze giovanili (questionario Safe Style 2011; attività di ricerca che monitorizza i consumi di sostanze e come questi mutino rapidamente, quale sia il rischio percepito dai giovani assuntori, quale l'età di prima assunzione, la frequenza e la quantità di consumi, in collaborazione con il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna:).
- Creare e mantenere una rete sensibilizzando tutti gli attori (Provincia, Enti Locali, Servizi Sociali, Associazioni di Volontariato, Privato Sociale, Forze dell'Ordine, Associazioni di Categoria, Gestori di locali, Organizzatori di eventi, ecc).
- Sviluppare nuove modalità di comunicazione e interazione con i giovani (sito web www.safestyle.it e Radio Web Sonora).
- Favorire la conoscenza ed il contatto con la rete dei servizi.

Gli interventi effettuati dagli operatori delle U.O.DP nel 2011 nei luoghi di aggregazione giovanile, sono stati: a Ravenna 71, a Lugo 148 e a Faenza 25. La capacità di attrarre i giovani durante le uscite nei luoghi di aggregazione viene rilevata attraverso il numero di test dell'etilometro effettuati: test etilometro Ravenna 6.577; test etilometro Faenza 1.458; test etilometro Lugo 4.730.

Sempre per giovani dai 14 ai 24 anni e per gli adulti di riferimento (genitori, educatori, insegnanti, ecc.) continua l'attività dello Spazio Giovani-Centro d'ascolto Adolescenza in raccordo con il Centro per le famiglie e con il Coordinamento delle Politiche Giovanili dei Comuni con l'obiettivo anche di sempre maggiore integrazione con altre politiche. Le azioni messe in atto sono: accoglienza, consulenze psicologiche individuali, di coppia, sostegno alla genitorialità, consulenze e visite ginecologiche, sessuologiche, in tema di contraccezione e gravidanza; interventi a carattere informativo-educativo in collaborazione con la scuola e con i luoghi di aggregazione giovanile; interventi a carattere preventivo all'interno di "eventi" di aggregazione giovanile; gruppi di confronto e di riflessione per genitori; spazi di riflessione per gli adulti di riferimento per aiutarli nella loro funzione educativa; creazione di una rete tra i soggetti attuatori delle progettualità per il sostegno psicologico a genitori e/o insegnanti e/o ragazzi in collaborazione con il Centro per le Famiglie.

Anche nel corso del 2011 rimane operativo il Centro Ricerche e Servizi per l'Adolescenza (Ri.Se.A.) che è essenzialmente un servizio di consulenza e presa in cura per adolescenti e/o giovani adulti e le loro famiglie, che persegue la finalità di assicurare l'unitarietà degli interventi e la

continuità terapeutica, favorendo l'integrazione dei servizi coinvolti nella tutela della salute mentale nell'adolescenza.

La richiesta di prima visita può avvenire direttamente dall'utente o dai suoi familiari in libero accesso, dal MMG/PLS in libero accesso, dal Medico/Pediatra del Presidio Ospedaliero di Ravenna, da Operatori di altre UU.OO. del DSMDP, Consultorio familiare/consultorio giovani (con formulazione scritta di sospetto diagnostico), Servizi sociali/servizi minori (con formulazione scritta di sospetto diagnostico), Scuole ed altre Agenzie del territorio. L'accesso al servizio è gratuito e garantisce, agli utenti di età compresa tra 14 e 24 anni, prestazioni anche in assenza di impegnativa medica, con diversificazione degli interventi operativi in base alle caratteristiche di provenienza della richiesta, all'età del paziente e complessità delle problematiche rilevate. La sede di coordinamento del programma e di erogazione della maggior parte dei trattamenti è esterna all'area del Centro di Salute Mentale di Ravenna, con l'obiettivo di separare gli adolescenti con problemi, da persone in fase avanzata di malattia.

Nel corso del 2011, nell'ambito della riorganizzazione del RiSeA, è stato avviato il *"Programma per i disturbi mentali dell'adolescenza"* il cui fine è quello di individuare e prendere in cura giovani individui con fascia d'età che va dai 12 ai 24 aa, che presentino indicatori di vulnerabilità biopsicosociale e comportamenti disfunzionali favorenti l'emergenza di psicopatologia.

Si avvale di un'equipe dedicata multidisciplinare composta da risorse intradipartimentali (appartenenti alle diverse UU.OO. del Dipartimento Salute mentale-Dipendenze Patologiche) ed extradipartimentali (4 psicologi del Consultorio), che costituisce il core del Programma, a cui si vanno ad affiancare professionisti acquisiti ad hoc per particolari motivazioni e competenze, appartenenti sempre alle diverse UU.OO. del Dipartimento (Centro di salute mentale, Neuro Psichiatria Infantile, Dipendenze Patologiche), che dedicano parte della loro attività ai pazienti, nella sede del Programma.

Il Programma per i disturbi mentali dell'adolescenza nasce dall'esigenza di dover trattare le malattie mentali in modo tempestivo e specifico per poter avere esiti favorevoli. Contrariamente, come emerge dalla letteratura internazionale, se le prime manifestazioni di malattia vengono trascurate e/o non precocemente trattate, possono esitare in un disturbo psicopatologico franco con l'instaurarsi di disabilità, conseguente desocializzazione e perdita di ruolo.

Continuità assistenziale fra Neuropsichiatria Infantile e Salute Mentale Adulti. È stata prevista e formalizzata una apposita procedura aziendale che si pone l'obiettivo di garantire la continuità di presa in carico dei pazienti che, essendo in carico all'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, al raggiungimento del 18° anno di età, presentano indicazioni per il passaggio in cura all'U.O. Salute Mentale Adulti, quali: elevata gravità clinico-psicopatologica; compromissione del funzionamento relazionale, sociale, scolastico, professionale; criticità delle condizioni ambientali, familiari e/o sociali.

Si tratta di situazioni che prevedono una presa in cura multidisciplinare (interventi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi, assistenziali), contestuale (rivolta sia al paziente sia alla famiglia), integrata (che prevede la collaborazione di diversi servizi, enti, istituzioni a vario titolo coinvolti nel progetto terapeutico). Il processo di passaggio può essere avviato fin dal compimento del 17° anno di età dell'utente, in quanto, trattandosi di situazioni complesse, il processo può richiedere tempi prolungati.

Nel 2011 in 4 casi su 6 si è verificato almeno 1 incontro fra referente NPIA e referente CSM; in 3 casi su 6 questo primo incontro è stato realizzato entro 30 gg dall'invio della relazione di

dimissione al CSM. Analoga procedura è stata definita e attuata anche per la presa in carico di pazienti affetti da Autismo al compimento del 18° anno.

Anche nel 2011 è proseguita l'attività del "Forum per la NPIA" gruppo permanente di ricerca-azione deputato all'identificazione di azioni volte ad un uso strategico di informazioni e di risorse atte a tutelare e promuovere la salute neuro-psichica dell'età evolutiva (*advocacy*) e all'avvio di azioni di miglioramento dei percorsi di presa in cura dei minori con *handicap*, previsti dalla Legge 104/92 e successive modificazioni, gestite quanto più possibile in un contesto integrato con l'azione di altri soggetti quali le istituzioni scolastiche ed i servizi sociali (Enti locali).

B.19 Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione (migranti, indigenti, richiedenti asilo, ex carcerati ...)

Gli stranieri si rivolgono sempre con difficoltà ai Servizi per le tossico-alcoldipendenze, in quanto hanno paura della eventuale segnalazione/denuncia, considerano culturalmente i trattamenti come riservati a persone con problemi mentali o simili, risentono pesantemente delle barriere linguistiche e dell'assenza di informazione e vivono la patologia come causa ed effetto del peggioramento della posizione giuridica (es. perdita del lavoro).

Pertanto, nel corso del 2011 la nostra Azienda ha cercato di mettere in atto gli interventi definiti a livello Regione per facilitare l'accesso ai Servizi per le dipendenze patologiche dei cittadini stranieri quali: standardizzazione delle modalità di rilascio del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente); indicazioni sulla presa in carico sanitaria dei cittadini comunitari (tesserino sanitario ENI); indicazioni sugli inserimenti in percorsi a carattere residenziale per gli stranieri; sostegno e formazione certificata per gli operatori al fine di sviluppare iniziative specifiche e percorsi terapeutici per stranieri.

Sempre nel 2011 nell'ambito dei Piani per il Benessere e la Salute, nel Distretto di Faenza, i Servizi Sociali Associati, e l'U.O. Dipendenze Patologiche hanno messo in campo azioni volte alla concessione di buoni pasto, borse lavoro e sussidi per garantire condizioni minime di sopravvivenza a soggetti in difficoltà economica e a rischio di marginalità e dipendenze. Altri interventi hanno riguardato persone multiproblematiche con problemi di dipendenza a rischio di esclusione sociale ed emarginazione quali: rispondere in maniera flessibile (anche riguardo agli orari) ed informale alle richieste di intervento; attivare interventi concreti di accompagnamento e sostegno che facilitino reinserimenti lavorativi e/o abitativi; entrare in contatto con il disagio di chi non è conosciuto direttamente dai servizi; collaborare ed integrarsi con la progettualità e le competenze dei servizi pubblici e privati (come la Co.M.E.S. Coop.Soc.ONLUS di Marradi FI); diventare punto di riferimento da contattare in momenti di difficoltà.

A Lugo si è sviluppato e consolidato il progetto di Supported housing rivolto a fasce deboli di popolazione che afferisce ai Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche nell'ambito delle politiche socio-sanitarie, abitative e di assetto urbano. Con gli Enti Locali e altri soggetti istituzionali (ASP) sono stati individuati 2/3 appartamenti in zone urbane, fornite di servizi e raggiungibili dai mezzi di trasporto, finalizzati a progetti riabilitativi propedeutici alla vita indipendente nelle fasi di remissione dai sintomi e di inserimento sociale. Sono stati attivati anche progetti di concerto con le realtà economiche e sociali locali, cooperative sociali e mercato del lavoro per favorire opportunità di inserimento per le persone vulnerabili socialmente.

Per gli utenti con infezione da HIV ed HCV, continua l'attività dell'INFO-POINT che svolge funzioni di ascolto, informazione, incontro ed orientamento (reperibilità tutti i giorni), utili a creare una rete di relazioni sociali e soprattutto di favorire l'uscita dall'isolamento, dalla solitudine, dalla paura e di creare una condivisione tra pari. Grazie alla collaborazione della Commissione AIDS Provinciale, si sta realizzando l'obiettivo, perseguito da anni, della creazione di una associazione di volontariato locale di NPS (Network Persone Sieropositive) Polo Informativo HIV Romagna, nella logica di restituire un potere di "advocacy" a queste persone "invisibili" con il risultato di mettere in moto un meccanismo che genera empowerment e che per molti di loro diventa di fatto un processo di recovery.

Anche nel 2011 prosegue l'impegno della nostra Azienda per rimuovere condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi ed a cure adeguate dei detenuti in carcere con problemi di alcol e tossicodipendenza, attraverso l'attività di un'equipe multi professionale formata da Assistenti Sociali, Psicologo, Medico, Infermiere professionale per l'assistenza psico-socio-sanitaria e la partecipazione ad un Tavolo tecnico per il miglioramento delle condizioni dei detenuti. Questo Tavolo si riunisce mensilmente presso la casa Circondariale di Ravenna, è costituito dal Direttore e/o Educatore della Casa Circondariale, da un Referente del Comune-Servizio Politiche di Sostegno e Rapporti con ASP e AUSL, dall'Assessore dei Servizi Sociali-Sanità-Casa-Volontariato, da Referenti ASP-Ambito Integrazione e promozione sociale, Referente DP Ravenna, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, Comitato Cittadino Antidroga, Comitato pro detenuti, Circoscrizione Prima, Caritas, Centro per l'impiego, Arci nuova associazione, UISP Ravenna, Centro territoriale permanente, Coop.va Sociale La Pieve, Consorzio provinciale per la formazione professionale.

B.20 Attuazione Programmi Aziendali per la salute negli istituti penitenziari

Preso in carico. All'arrivo nell'istituto penitenziario, il detenuto viene visitato entro 24 ore con lo scopo di avere un quadro generale delle sue condizioni di salute; in particolare è importante la sorveglianza delle malattie infettive. Quando necessario, si effettuano accertamenti clinici o si richiede una consulenza specialistica; sono fornite al personale dell'Amministrazione Penitenziaria indicazioni sulla presenza eventuale di lesioni o segni di percosse, sulla eventuale necessità di particolari regimi alimentari (es. diabete) e indicazioni sul rischio di suicidio.

In seconda giornata il detenuto viene rivisto per valutare l'impatto psicologico della carcerazione.

Entro sette giorni dall'ingresso i detenuti effettuano l'intradermoreazione di Mantoux; alla lettura del test, i casi positivi vengono inviati per l'esecuzione dell'Rx del torace il mattino successivo.

Ai detenuti vengono proposte la vaccinazione anti epatite B, con calendario accelerato (0, 1, 2 mesi), e la vaccinazione antinfluenzale.

Malattie infettive. Accedono all'interno del carcere sia infettivologo che operatori della Sanità Pubblica. Gli infettivologi gestiscono il trattamento delle epatiti B e C, dell'infezione da HIV, della TBC latente con valutazione degli esiti dell'intradermoreazione di Mantoux e/o Quantiferon e dell'accertamento radiologico.

Il DSP, nel settembre 2011, ha concordato le procedure relative alla prevenzione della tubercolosi. Tali procedure sono state predisposte dal Medico Referente della Casa Circondariale, dal Medico Competente della Struttura, dal Medico Igienista, e condivise dal Medico Competente AUSL, dal Servizio Prevenzione e Protezione AUSL e dal Direttore del Carcere.

I detenuti residenti che ricevono l'invito per lo screening del tumore del colon-retto possono aderire all'iniziativa durante il periodo di detenzione.

Tossicodipendenze. Se la persona, all'atto della prima visita o durante la successiva prevista entro 24 ore, dichiara problematiche di alcoldipendenza e/o tossicodipendenza, vengono effettuati controlli sui metaboliti urinari; il nominativo viene inserito nell'elenco dei td/alc.ti presenti in carcere e successivamente la scheda viene inoltrata all'équipe DP-carcere.

Il medico dell'équipe assume la presa in carico sanitaria dei detenuti dichiaratisi td/alc.ti, effettua le visite di controllo dello stato di salute, predispone le relative terapie farmacologiche e procede alla richiesta di controlli clinici dello stato di salute e di eventuali consulenze specialistiche, compreso quella psichiatrica. Tutti vengono poi chiamati per il primo colloquio psico-sociale dagli operatori dell'équipe DP-carcere sia sulla base di una loro richiesta, sia seguendo l'ordine d'ingresso.

Nel corso del 2011 è inoltre stato riunito, dal Dipartimento Cure Primarie, il coordinamento dei responsabili delle diverse componenti aziendali che svolgono attività per la salute all'interno del carcere, con il fine di confrontarsi su problemi e proposte di miglioramento, oltre che per contribuire al programma per la salute nell'istituto penitenziario di Ravenna.

B.21 Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: miglioramento sistemi di sorveglianza e di diagnosi

Nel 2011 sono proseguite le attività per aumentare le coperture vaccinali degli adulti e dei soggetti esposti ad un elevato rischio di sviluppare malattie batteriche invasive o di complicanze in particolare:

- l'offerta attiva delle vaccinazioni antipneumococcica ed antimeningococcica ai pazienti sottoposti a splenectomia e della vaccinazione antipneumococcica agli ospiti delle case protette;
- la vaccinazione degli emodializzati contro virus dell'epatite B, pneumococco ed influenza;
- l'offerta attiva a tutte le donne in età fertile della vaccinazione MPR nell'ambito del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- la vaccinazione antinfluenzale dei soggetti portatori di patologie croniche;
- l'offerta della vaccinazione antinfluenzale al personale sanitario aziendale.

Per quanto riguarda la sorveglianza e controllo delle malattie infettive, nel corso del 2011, sono stati notificati 2.033 casi di malattie infettive (a fronte dei quali sono state eseguite 496 inchieste epidemiologiche con 900 persone intervistate) e tramite il sistema di segnalazione rapida (Alert) sono stati comunicati alla Regione 69 eventi epidemici ed eventi sentinella (tra questi un caso sospetto di colera, 26 casi di morbillo e 13 casi sospetti di West Nile Disease successivamente non confermati).

Per la sorveglianza dei focolai di MTA e delle malattie a circuito oro-fecale è stato definito un percorso per la consegna dei campioni di materiale biologico al laboratorio di AVR, che nel corso del 2011 ha implementato la ricerca dei norovirus.

Il laboratorio di Pievesestina, insieme al laboratorio di riferimento regionale, ha fornito il supporto necessario per la conferma dei 26 casi sospetti di morbillo segnalati nel 2011.

L'agente eziologico è stato identificato per tutte le sepsi verificatesi, ma non in tutti i casi di meningite batterica, a dimostrazione della necessità di migliorare ulteriormente le capacità diagnostiche.

Per quanto riguarda il controllo delle malattie trasmissibili socialmente rilevanti nel corso del 2011 è stato revisionato il protocollo per l'effettuazione della sorveglianza per la TB sugli operatori sanitari aziendali in base alla valutazione del rischio ed è stato realizzato un progetto formativo aziendale per affrontare il tema della discriminazione delle persone HIV positive nei Servizi sanitari e migliorare l'approccio e l'accoglienza a chi richiede il test diagnostico.

Nell'ambito del piano di controllo per la gestione del rischio legionella nelle strutture turistico-ricettive, socio-assistenziali, sanitarie e termali sono proseguite le verifiche in 113 alberghi del litorale, 16 strutture sanitarie e 54 residenze per anziani.

L'attenzione nei confronti delle malattie trasmesse da vettore si è mantenuta elevata: sono pervenute al Servizio Igiene Pubblica 17 segnalazioni (3 per Dengue/Chikungunya e 14 per West Nile Disease), che sono state prese in carico e gestite secondo le indicazioni regionali anche se in nessuna caso la diagnosi è stata confermata dal laboratorio di riferimento regionale prontamente attivato.

Tutti i Comuni della provincia di Ravenna hanno messo in atto i piani di lotta contro le zanzare (*Aedes albopictus* e zanzara tigre) per la riduzione della popolazione di insetti vettori seguendo le indicazioni dei Piani regionali con il supporto del Gruppo Tecnico provinciale coordinato dal Dipartimento di Sanità Pubblica. Nel periodo da maggio a ottobre sono stati eseguiti 71 controlli a campione per valutare l'efficacia dei trattamenti antilarvali contro la zanzara comune effettuati su scoli e fossati e 264 controlli per la zanzara tigre: 135 nelle attività ritenute maggiormente a rischio di proliferazione (rottamai, gommisti, vivaisti, attività artigianali con ampia area esterna pavimentata, parcheggi dei centri commerciali, ecc.) e 129 in siti sensibili (ospedali, strutture per anziani, scuole, cimiteri, ecc.). Sono stati inoltre eseguiti 45 controlli presso civili abitazioni e 612 verifiche presso allevamenti, cantieri, alberghi, stabilimenti di produzione, deposito e commercio di alimenti.

In data 9 e 10 maggio 2011 si è svolto a Milano Marittima il Convegno internazionale "Malattie emergenti trasmesse da vettori: il ruolo di *Aedes albopictus*", organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica in collaborazione con Regione Emilia-Romagna e AUSL di Cesena, a cui hanno partecipato esperti provenienti da 10 Paesi per un confronto sulle più recenti conoscenze sull'argomento.

La rete di sorveglianza della West Nile Disease e USUTU coinvolge attivamente i veterinari dell'AUSL e la polizia provinciale con il supporto dell'IZS e del Centro Agricoltura e Ambiente "G.Nicoli" di Crevalcore e comprende: la sorveglianza passiva sugli equini, nel territorio provinciale sono stati segnalati equini con sintomatologia neurologica; la sorveglianza sull'avifauna selvatica mediante cattura di corvidi e altri uccelli da testare per la presenza di virus, 4 corvidi sono risultati positivi al virus USUTU; la sorveglianza entomologica, che prevede la ricerca del virus in esemplari di zanzare catturate 4 pool di zanzare positivi al virus USUTU.

La sorveglianza per *Leishmania* nei canili è consistita in 107 cani controllati sierologicamente e nella sorveglianza entomologica.

Gli interventi per il monitoraggio di influenza aviaria negli allevamenti sono stati 631, tutti con esito negativo, mentre sono state effettuate 96 ispezioni nell'ambito del piano di controllo delle salmonelle aviarie.

B.22 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

Il percorso formativo attivato a livello regionale per lo sviluppo di competenze valutative da parte del personale addetto ai controlli ufficiali per la sicurezza alimentare è stato seguito da oltre l'85% degli operatori del SIAN e delle UU.OO. Veterinarie. Il personale addetto al controllo ufficiale ha inoltre partecipato agli eventi formativi organizzati dalla RER su tematiche specifiche (quali il campionamento di alimenti e gli additivi alimentari) e/0 alla successiva formazione a cascata realizzata in A.V.Romagna.

Nella pianificazione dell'attività di controllo ufficiale sono stati inseriti interventi nei settori della ristorazione collettiva e pubblica e del commercio all'ingrosso e al dettaglio ed una programmazione degli audit presso stabilimenti di trasformazione, centri di produzione pasti, depositi all'ingrosso ed esercizi della grande distribuzione organizzata.

Per la documentazione e la registrazione dell'attività di controllo sono stati adottati i nuovi strumenti validati a livello regionale: scheda di controllo ufficiale-SCU, scheda di rilevazione delle non conformità e prescrizioni, manuale e relativa check list da utilizzare per le aziende che non possono applicare il sistema di autocontrollo in forma semplificata.

La rotazione del personale è stata realizzata mediante l'assegnazione delle unità locali da controllare ad operatori diversi, resa possibile anche grazie all'adozione di un sistema informativo unico dipartimentale per la sicurezza alimentare con l'ausilio del software gestionale AVELCO in uso a partire dal 2011. I piani di campionamento sono stati attuati conformemente alla programmazione regionale e rendicontati entro i termini previsti.

Per dare attuazione alle azioni previste dal Piano regionale della Prevenzione per la tutela dei soggetti affetti da celiachia, nel corso del 2011 sono state realizzate in collaborazione con l'AIC (Associazione Italiana Celiachia) iniziative formative specifiche rivolte a ristoratori e albergatori e sono state controllate 30 strutture di ristorazione collettiva (scolastica e ospedaliera) per la verifica dei requisiti strutturali, gestionali e del piano di autocontrollo specifico per la produzione di pasti senza glutine. Inoltre nel programma dei corsi di formazione obbligatoria per gli operatori del settore alimentare sono state inserite informazioni sull'intolleranza al glutine e sulle misure da adottare per evitare le possibili contaminazioni durante l'attività lavorativa.

L'Azienda USL di Ravenna partecipa da alcuni anni alla campagna nazionale organizzata dalla SINU (Società Italiana di Nutrizione) in occasione della settimana mondiale per la riduzione del consumo del sale, con la distribuzione di materiali informativi (pieghevoli) e l'affissione di manifesti presso le sedi ambulatoriali, i CUP e le farmacie. Per la promozione dell'uso del sale iodato sono state coinvolte le Associazioni di categoria, che hanno sensibilizzato gli operatori del settore ristorazione attraverso le pubblicazioni inviate periodicamente ai soci. Inoltre sono state effettuate verifiche sull'inserimento del sale iodato nei capitolati della ristorazione collettiva e sull'applicazione della Legge n. 55/05 negli esercizi di ristorazione pubblica, in cui il sale iodato deve essere messo a disposizione dei consumatori.

Oltre che per le malattie trasmesse da vettore e le zoonosi sopra citate, sono stati effettuati piani di monitoraggio e sorveglianza, per un totale di 1.964 interventi, per blue tongue, tbc-brucellosi-leucosi nei bovini, brucellosi ovicaprina, malattia vescicolare del suino, peste suina classica e malattia di Aujeszky, anemia infettiva e morbo coitale maligno degli equidi, encefalopatie spongiformi in bovini e ovicaprini. Di particolare interesse un piano di monitoraggio sulla paratuberculosis bovina tendente a stimare la prevalenza dell'infezione in Regione.

È stato implementato l'utilizzo degli strumenti regionali di controllo, in particolare per le ispezioni inerenti l'anagrafe zootecnica e la biosicurezza degli allevamenti, per un totale di 432 interventi.

B. 23 Mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

Accordi di fornitura

Aziende pubbliche. Sono stati siglati accordi di fornitura con le Aziende dell'Area Vasta Romagna; in particolare con l'Azienda di Cesena l'accordo ha contemplato degli abbattimenti tariffari ancorati ad un tetto massimo di spesa e l'esclusione dell'attività HUB dal tetto massimo (riconosciuta in toto); per le Aziende di Rimini e Forlì, nell'impossibilità di condividere i criteri di un accordo specifico, si è concordato di iscrivere il valore inferiore tra il dato contabilizzato nel 2010 e il valore effettivo della produzione 2011.

Ulteriori accordi quali-quantitati sono stati sottoscritti con l'Azienda di Imola e con e di l'IRST di Meldola.

Sono stati proposti accordi di fornitura alle Aziende territoriali ed ospedaliere di Bologna e Ferrara, che purtroppo non hanno avuto un accoglimento positivo e che quindi non hanno portato alla formalizzazione dei contratti. Pertanto, la chiusura del dato di mobilità, per le succitate quattro aziende, ha fatto riferimento al valore economico inferiore tra il dato contabilizzato nel 2010 e la produzione effettiva dell'anno 2011.

Accordi con i privati accreditati. A fronte di un complessivo e pieno rispetto dei tetti di spesa definiti a livello regionale con l'AIOP, sono stati sviluppati assieme ai soggetti interessati progetti di riorientamento dell'offerta assistenziale privata (prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale), con un ulteriore spostamento di risorse dall'attività di ricovero all'attività di specialistica ambulatoriale volti a rispondere più adeguatamente al fabbisogno espresso dal nostro territorio, in conformità al principio di *subordinazione della produzione alla committenza*.

Gli accordi di fornitura coi produttori privati della Provincia sono stati sottoscritti entro il primo quadrimestre dell'anno, eccetto che per l'Ospedale privato San Pier Damiano, con cui il contratto è stato sottoscritto nel mese di giugno. Per quanto riguarda gli ospedali privati fuori provincia, sono state trasmesse le proposte di committenza, a cui le strutture private generalmente si sono attenute, benché non siano stati sottoscritti formalmente i relativi contratti.

Controlli sanitari. I controlli sanitari sull'attività di ricovero elargita sia a pazienti residenti ricoverati in ambito regionale, sia a pazienti residenti fuori regione e ricoverati presso i presidi privati di competenza territoriale sono stati condotti ai sensi della DGR 1171/2009.

La tipologia dei controlli eseguita fa riferimento per quanto riguarda l'appropriatezza al PRUO, mentre per i DRG complicati e per altre tipologie di DRG, si è mirato a far applicare correttamente le linee di indirizzo regionale circa la corretta codifica.

Per quanto concerne la riabilitazione si sta definendo un protocollo di AVR che al momento riguarda soprattutto l'obesità e la riabilitazione ortopedica.

La lungodegenza territoriale invece è soggetta a controlli settimanali atti a monitorare l'accesso e la durata della degenza.

Nel mese di maggio 2011 è stato formalizzato, con una nota del Coordinatore dei Direttori sanitari di AVR, il gruppo di controllo di Area Vasta, che ha prodotto accordi per uniformare l'attività di controllo effettuata dalle singole aziende su particolari tipologie di ricovero o DRG.

In sintesi, sempre con riferimento agli indicatori previsti dalla DGR1171/2009, si conferma il raggiungimento degli obiettivi aziendali, come rilevabile dal report inviato all'Assessorato regionale con nota prot. n. 34835 dell'8.5.2012.

Attività di controllo di corretta tenuta della cartella clinica. Nel 2011 l'attività di controllo sulla qualità della compilazione della documentazione clinica, è stata effettuata dalle Direzioni Mediche di Presidio sulla base della PA 06 "Compilazione e gestione della cartella clinica". Di seguito viene riportato il numero delle cartelle che sono state controllate

U.O.	Ravenna	Lugo	Faenza	Totale
Cardiologia-Utic	16	9	16	41
Chirurgia Generale	56	86	48	190
Chirurgia SNP		2		2
Chirurgia Vascolare	14			14
Ematologia	10			10
Gastroenterologia	18			18
Geriatrics			43	43
Lungodegenza post acuti		11		11
Malattie infettive	16			16
Medicina generale	292	101	125	518
Medicina d'urg.	20	40		60
Nefrologia	41			41
Neurologia	67		9	76
Nido	23	2	39	64
Oculistica	22		21	43
Oncologia	11	5	12	28
Ortopedia	23	74	68	165
Ostetricia-Ginecologia	39	129	74	242
Otorinolaringoiatria	23		16	39
Pediatria	16	24		40
Pneumologia		26		26
Rianimazione	7	1		8
Riabilitazione Intensiva		2		2
SPDC	8			8
Urologia	23	23	27	73
Varie			24	24
Totale	745	535	522	1.802

Il 27 settembre 2011 è stato inoltre effettuato l'audit regionale sulla Corretta Tenuta della documentazione sanitaria, tenuto in Aula Magna P.O. di Ravenna. L'analisi ha riguardato n. 50 cartelle cliniche per ogni Presidio, relative a pazienti dimessi nel corso del primo semestre 2011 dalle seguenti discipline: Chirurgia Generale, Medicina Generale, Ginecologia, Ortopedia/Traumatologia, SPDC.

Le cartelle cliniche esaminate (selezionate, con campionamento casuale, a cura del servizio Sistema Informativo della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna) rientrano, a pieno diritto, tra i controlli obbligatori richiesti alle Aziende dalla normativa corrente.

E' stato costituito un team multidisciplinare costituito da professionisti dipendenti dell'Azienda:

- 1 medico internista al quale sono state affidate le verifiche in merito alla compilazione del frontespizio della cartella, dell'anamnesi, del diario clinico, delle eventuali consulenze e della relazione alla dimissione;
- 1 medico chirurgo al quale sono state affidate le verifiche in merito alla compilazione della documentazione relativa alla valutazione preoperatoria, all'intervento chirurgico e ad eventuali trasferimenti interni di reparto;
- 1 farmacista al quale saranno affidate le verifiche in merito alla compilazione della documentazione relativa alla gestione della terapia;
- 1 medico legale al quale saranno affidate le verifiche in merito alla compilazione della documentazione relativa ai consensi ed alla eventuale infusione di plasma/emoderivati;
- 3 dirigenti infermieristici ai quali sono state affidate le verifiche in merito alla compilazione della documentazione infermieristica;
- 3 medici uno per ogni Direzione di Presidio Ospedaliero, in qualità di referente per l'appropriatezza della compilazione della cartella clinica.

I risultati dell'audit sono stati presentati dalla Regione ai Risk Manager Aziendali in data 06/06/2012 (dr.ssa Donata Dal Monte, nuovo Direttore della Medicina Legale dal 2012).

B. 24 Proseguimento dell'implementazione del programma Stroke Care

Nel corso del 2011 è stato realizzato un Audit organizzativo sull'ictus ischemico acuto. Sono state analizzate dagli auditor 146 cartelle cliniche con diagnosi principale di ictus ischemico acuto di seguito sono riassunti i principali risultati.

Esordio e degenza. La giornata di esordio dell'evento ictale è nota nel 91.8% dei casi ma questo dato non è sufficiente per una utile identificazione di "latenza evento-osservazione".

Anche nella nostra realtà locale vi è un ridotto ricorso all'emergenza territoriale per sospetto evento cerebrovascolare acuto (56.8%), e la ridotta frequenza di centralizzazione su Ravenna, sede di SU, solo il 20% dei casi esaminati accede alla SU e vi è una discreta eterogeneità di UO che tratta tale patologia.

Il ricorso alla TC cerebrale in acuto è adeguato ma i controlli molto spesso sono troppo dilazionati, rendendo tale ulteriore valutazione meno utile dal punto di vista clinico (es. orientamento fisiopatologico dell'evento, informazioni utili al programma riabilitativo).

La casistica esaminata ha caratteristiche di comorbidità ampiamente attese e la degenza ha permesso di identificarne una quota non trascurabile di non note in precedenza, specie per dislipidemia e cardiopatia emboligena. Il ricorso alle scale neurologiche, di dipendenza e di disabilità è basso in tutte le fasi dell'osservazione ospedaliera; non è nota, invece, la distribuzione dell'utilizzo nelle diverse UO che trattano tali pazienti.

Procedure entro 7 giorni. Nella nostra realtà la trombolisi sistemica è stata eseguita nel 2% dei casi, percentuale in accordo con i dati nazionali ma troppo bassa rispetto allo standard regionale; il ricorso ad altre terapie evidenzia un buon utilizzo degli antiaggreganti piastrinici mentre la profilassi farmacologica della TVP è stata effettuata nei 93 casi (63.70%) in cui era indicata: nel 100% dei casi è stata effettuata entro 48 ore.

La pianificazione assistenziale è ben eseguita per tempistica e tipologia di intervento, seppure coinvolga un numero di casi non ottimale. L'esame Ecodoppler TSA è stato eseguito nel 53% dei casi, percentuale sicuramente migliorabile. La valutazione fisiatrica è stata eseguita nel 34% dei casi, con avvio del trattamento riabilitativo nel 10% dei soggetti valutati. La valutazione logopedia è eseguita nel 2% dei casi, percentuale inferiore all'atteso in relazione alla prevalenza in tali soggetti

di disturbi del linguaggio e della deglutizione. Permane un elevato ricorso alla cateterizzazione (28% dei casi esaminati) e sono piuttosto frequenti le infezioni urinarie verosimilmente sintomatiche (12.3%).

Dimissione. La documentazione disponibile sulla dimissione non evidenzia dati soddisfacenti riguardo gli aspetti multidimensionali della patologia cerebrovascolare: sono raramente riportate informazioni sullo stato cognitivo del paziente, l'eventuale presenza di depressione dell'umore, indicazioni sulla dieta ed attività motoria consigliate; infine il ricorso al supporto dell'assistente sociale è molto sporadico.

Viene rilevato, inoltre, che nel 45.9% dei casi non vi è indicazione al trattamento riabilitativo, mentre nel 27% dei casi sono riportati gli obiettivi riabilitativi condivisi dal team; si rileva, inoltre, che solo il 3.4% dei casi accede alla riabilitazione intensiva. Si conferma anche alla dimissione una migliorabile prevenzione secondaria, riguardo all'utilizzo di TAO e statine.

Infine al momento del termine della degenza nel reparto per acuti il 12% accede ai reparti di Lungodegenza ed alle residenze protette (RSA), forse evidenziando un margine di miglioramento verso le dimissioni protette.

Fattori di rischio. Il riconoscimento della causa dell'ictus è in linea con gli standard nazionali ed internazionali, tuttavia migliorabile; in tal senso l'audit non evidenzia la presenza di "ictus da cause diverse".

Informazione. Dai dati raccolti dall'audit l'informazione al paziente ed ai familiari dovrà migliorare e, molto spesso, essere più rintracciabile nella documentazione clinica del percorso ospedaliero.

Il follow-up dei pazienti avviene nel 26% dei casi; tale percentuale non è esigua in relazione alla frequenza della patologia in oggetto ed andrebbe pertanto identificato in maniera esplicita quale è la tipologia di paziente che se ne può beneficiare.

Iniziativa di miglioramento. Per il 2011 è stato inserito nel Budget di UO di Neurologia il "Progetto Fragili nei pazienti con ictus", che prevede l'integrazione Ospedale-territorio per i pazienti con evento cerebrovascolare acuto e portatori di fragilità lieve-moderata.

Durante il 2011 è stato redatto da AUSL-RA e ALICe un documento divulgativo "L'ictus si può curare: informazioni utili per chi ha avuto l'ictus ed i suoi familiari" che vuole essere una guida per i pazienti e familiari sul percorso assistenziale e le risorse assistenziali disponibili sul territorio; tale documento attualmente viene distribuito ai degenti e dimessi della SU di Ravenna;

Per quanto riguarda la medicina riabilitativa nel marzo 2011 sono stati attivati 2 P.L. di riabilitazione estensiva all'interno della PAC a gestione infermieristica del P.O. di Faenza; nel luglio 2011 sono stati attivati 2 P.L. di riabilitazione estensiva presso il P.O. di Lugo all'interno della PAC a gestione infermieristica.

Tutto questo si spera venga ad incidere positivamente sulla mortalità per Stoke che nella nostra Azienda rimane costantemente superiore alla media Regionale.

Proporzione decessi entro 30 gg dal ricovero per episodio di STROKE

		Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Azienda di residenza	AUSL Ravenna	20,70%	21,60%	21,20%
	Totale RER	18,60%	19,10%	18,70%
Azienda di ricovero	AUSL Ravenna	20,50%	21,90%	22,10%
	Totale RER	18,60%	19,10%	18,70%

Fonte: SDO + REM

B.25 Proseguimento dell'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia

Nel 2011 prosegue l'attività degli ambulatori aziendali per l'Epilessia della Divisione di Neurologia. Sono sempre attivi percorsi condivisi con la Neuropsichiatria infantile e la Pediatria per la diagnosi ed il trattamento dell'epilessia, febbrile e non, nei bambini, con particolare riferimento all'individuazione dell'iter diagnostico di 1° e 2° livello. Particolare attenzione viene posta alla collaborazione con l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile che consente di affrontare gli aspetti riabilitativi (fisioterapia, logopedia, psicoterapia e percorso di inserimento scolastico). L'aspetto formativo è garantito anche grazie alla stretta collaborazione con l'AICE (Associazione nazionale lega Italiana contro l'Epilessia) che consente l'organizzazione di convegni, manifestazioni divulgative in strada ed interventi di sensibilizzazione nelle scuole.

Per quanto riguarda la soluzione chirurgica dell'epilessia (che non risponde al trattamento farmacologico) è in essere una procedura che prevede, dopo lo studio in loco, l'invio del paziente per l'eventuale intervento chirurgico, presso l'ospedale Bellaria di Bologna.

È attivo anche un rapporto di collaborazione con l'ospedale Niguarda di Milano per l'esecuzione di video EEG con elettrodi intracranici.

B. 26 Garanzie verso i cittadini sottoposti a contenzione fisica presso gli SPDC regionali

Nel corso del 2011 è stato istituito il Gruppo di lavoro aziendale sulla disciplina delle contenzioni fisiche, costituito da Operatori (Medici ed Infermieri) dell'SPDC del CSM, e della U.O. Gestione del Rischio, quest'ultimi incaricati di rivedere le procedure in atto. La funzione del gruppo è quella di riunirsi ogni 6 mesi per valutare i casi contenzione (sia quelli normali che quelli che superano le 24 ore) e di inviare annualmente un rapporto al Servizio Salute Mentale-Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione.

E' stato formulato un Registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria nel quale vengono annotati tutti gli elementi dovuti rispetto alla contenzione in atto. Le stesse informazioni vengono riportate anche in cartella. Tutte le contenzioni che si prolungano oltre le 24 ore vengono segnalate alla Direzione sanitaria e alla U.O. Gestione del Rischio e non oltre le 48 ore viene attivato un Audit Clinico al fine di esaminare tutte le possibili opzioni alternative. In luglio si è tenuto un Audit clinico relativo ad caso di contenzione della durata maggiore alle 24 ore.

L'SPDC si è dato come regole, innanzitutto, quella del confronto con il Direttore (supervisione) prima di eseguire una contenzione e la presenza di un operatore per tutta la sua durata.

Le contenzioni nel 2011 sono state 15 verso le 43 del 2010.

E' iniziato anche il monitoraggio e la discussione sugli episodi di aggressività eterodiretta con l'apprendimento di tecniche per la gestione dell'aggressività e una formazione incentrata sulle dinamiche di gruppo; sono stati ridotti i tempi di inattività dei pazienti ed è aumentato il tempo di contatto con gli operatori passando da regole rigide a Piani di trattamento individuali e flessibili con il riconoscimento delle emozioni del paziente e la connessione tra pensiero ed emozioni.

E' aumentato il supporto agli operatori nella gestione della rabbia del gruppo con discussioni sulle situazioni critiche (oggetto della formazione sul campo) e rinforzo in base ai risultati ottenuti e consapevolezza del loro raggiungimento.

B.27 Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche (scompenso, diabete, ecc..)

L'Azienda USL di Ravenna insieme ai suoi MMG ha deciso di orientare la propria progettualità verso un modello di presa in carico dei pazienti con patologia cronica, sviluppo della medicina d'iniziativa, definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza, valutazione appropriatezza dei servizi erogati e con possibilità di accesso rapido ai dati di questi pazienti.

È stata avviata la sperimentazione della gestione integrata medico-infermieristica delle patologie croniche a maggiore prevalenza con particolare riguardo ai pazienti fragili (diabete, BPCO e scompenso cardiaco) secondo il modello del *Chronic Care Model*; la sperimentazione ha interessato inizialmente tre NCP strutturati (NCP: R01, L02, F01) che hanno lavorato alla stesura di un progetto di dettaglio sulla gestione della patologia cronica e sulla presa in carico globale della persona con polipatologia (Progetto CCM 2009: *“Comprehensive, Community and Home Based Health Care Model” (CCHBHC) per soggetti con fragilità sociosanitaria e pazienti affetti da BPCO e Scompenso Cardiaco. Implementazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili in una realtà aziendale e valutazione degli strumenti più efficaci per l'applicazione del modello a livello locale.*”).

Il Progetto ha portato all'individuazione dei Gruppi di lavoro multidisciplinari (MMG, Infermieri, Specialisti ospedalieri, Medici di organizzazione) per:

- la mappatura epidemiologica locale della cronicità
- la costruzione e validazione dei percorsi da attuare
- l'acquisizione di strumenti tecnici, organizzativo-gestionali, indispensabili per l'implementazione degli ambulatori territoriali per la gestione del paziente affetto da patologia cronica.

I professionisti membri dei team multidisciplinari individuati hanno partecipato al percorso formativo dedicato (già descritto al precedente punto B.6.).

Nei tre NCP partecipanti alla sperimentazione sono stati predisposti gli ambulatori infermieristici per la gestione integrata della patologia cronica e per l'effettuazione delle prestazioni infermieristiche di base. Negli ambulatori sono state allestite le tecnologie sanitarie (spirometri, elettrocardiografi), tecnologiche informatiche (computer con adeguamento dei programmi alle necessità della cartella infermieristica) e gli arredi.

È stata elaborata, in collaborazione con il Servizio Informatico Aziendale, i professionisti infermieri e i MMG, la cartella infermieristica integrata informatizzata (marzo 2011) sulla gestione integrata della patologie croniche, e la scheda prodotta dal gruppo di lavoro è presentata in seduta plenaria, per la condivisione con i Coordinatori di NCP, nel maggio 2011.

Tale impostazione sta buoni risultati sul diabete e sullo scompenso cardiaco, mentre i dati complessivi sull'ospedalizzazione per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) evidenziano che ci sono ancora margini di miglioramento.

Tasso di ospedalizzazione grezzo*1.000 residenti

	per cause evitabili			per scompenso cardiaco congestizio		
	AUSLRA	RER	Δ	AUSLRA	RER	Δ
Anno 2007	6,1	4,49	1,61	5,13	4,3	0,83
Anno 2008	6,04	4,57	1,47	4,83	4,16	0,67
Anno 2009	5,94	4,1	1,84	4,49	4,09	0,4
Anno 2010	5,41	4	1,41	3,75	4,14	-0,39
Anno 2011	4,94	3,79	1,15	3,82	4,07	-0,25

Fonte: SDO

Diabete, complicazioni per 1.000 residenti

	complicazioni a breve termine			complicazioni a lungo termine		
	AUSLRA	RER	Δ	AUSLRA	RER	Δ
Anno 2007	0,24	0,42	-0,18	1,33	2,06	-0,73
Anno 2008	0,22	0,44	-0,22	1,38	2,13	-0,75
Anno 2009	0,223	0,449	-0,226	1,14	2,254	-1,114
Anno 2010	0,226	0,458	-0,232	1,27	2,29	-1,02
Anno 2011	0,156	0,397	-0,241	1,04	2,17	-1,13

Fonte: SDO

B.28 Monitoraggio dei pazienti con Fratture di Femore

Al fine di incrementare il controllo e mantenere nel tempo una elevata performance di trattamento nei casi di fratture del collo del femore, il Dipartimento Chirurgie Specialistiche ha deciso di inserire il monitoraggio del tempo di trattamento di questa patologia come standard di prodotto delle U.O. di Ortopedia che afferiscono al Dipartimento stesso. Inoltre la tempestività nel trattamento di questo tipo di fratture è stato inserito anche come obiettivo di budget 2011 sempre per le U.O. di Ortopedia. L'indicatore previsto per questo obiettivo è quello di mantenere una percentuale di dimessi con intervento eseguito entro 2 giorni dal ricovero, maggiore di quella Regionale, che nel corso del 2010 si è attestata al 49%.

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.

	AUSLRA			RER		
	N. Casi	Totale	% entro 2 giorni	N. Casi	Totale	% entro 2 giorni
Anno 2007	162	639	25,4	2.353	6.172	38,1
Anno 2008	265	676	39,2	2.493	6.334	39,4
Anno 2009	300	630	47,6	2.639	6.300	41,9
Anno 2010	319	587	54,3	2.581	6.102	42,3
Anno 2011	330	590	55,9	2.879	5.878	49

Fonte: SDO

B.29 Donazione di organi e tessuti

La Direzione Aziendale non ha a tutt'oggi istituito l'Ufficio di Coordinamento. Attualmente il personale dedicato al procurement di organi e tessuti è costituito esclusivamente dai tre coordinatori locali (A.Garelli, P.Casalini, G.Casadio). La strutturazione di un ufficio di coordinamento permetterebbe un miglioramento del procurement di cornee in particolare a Ravenna e Faenza e l'inizio del procurement multitessuto del donatore a cuore fermo.

B.30 Identificazione potenziali donatori di organi e tessuti

Mensilmente viene compilata la scheda informatica Nazionale del programma internazionale Donor Action i cui dati vengono inviati al Ministero della Salute. Il programma consente attraverso

un'elaborazione statistica, fatta dal centro di riferimento (CRT) di Bologna, di valutare la qualità del procurement, secondo gli indici internazionali. I risultati sono pubblicati annualmente nel rapporto prodotto dal CRT di Bologna e sono disponibili in rete al link dello stesso nella sezione dati.

B.31 Donazione di cellule

La nostra AUSL ha contribuito alla implementazione della Banca Regionale delle cellule staminali cordonali (SCO), gestita dal Servizio Trasfusionale del Policlinico S.Orsola a Bologna, inviando 27 campioni conformi per le caratteristiche richieste e quindi bancati e messi a disposizione della comunità internazionale.

Nel corso del 2011 sono stati reclutati 108 donatori da parte del Servizio Trasfusionale e insieme all'ADMO (Associazione Donatori di Midollo) si è convenuto che l'attività di reclutamento deve essere maggiormente rinforzata nel territorio aziendale e anche in quello di Area Vasta Romagna.

C. VALORIZZAZIONE ED EMPOWERMENT DEGLI OPERATORI

C.1.1 Revisione delle funzioni e dell'organizzazione delle Unità di terapia intensiva coronarica (Utic) non sede di emodinamica

Nella nostra Azienda l'organizzazione "hub & spoke" per le procedure di Emodinamica, vede la Cardiologia di Ravenna baricentro delle angioplastiche primarie. Nell'UTIC di Ravenna, durante il 2011, sono stati gestiti pazienti assai complessi, per i quali è stato necessario applicare procedure assai complesse e impegnative (in termini formativi e assistenziali) quali la contropulsazione, la respirazione automatica, l'assistenza circolatoria extra-corporea e l'ultrafiltrazione.

Per ridurre il notevole carico clinico-assistenziale dell'UTIC di Ravenna, quanto meno per le procedure di Elettrofisiologia, è stata avviata presso la Cardiologia di Lugo l'attività di impianto di Defibrillatori Impiantabili (ICD), che si affianca così alla storica attività d'impianto dei Pace Maker.

Per quanto riguarda l'UTIC di Faenza, problematiche legate al turnover del personale medico hanno impedito un reale incremento dell'impegno dei posti letto intensivi in ottica aziendale. Nell'UTIC faentina si è comunque garantito il rapido ritorno dei pazienti inviati a Ravenna per il trattamento in urgenza dell'Infarto Miocardico Acuto e privi di complicanze tali da costringere i medici ad un periodo di osservazione presso l'UTIC di Ravenna.

Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI.

	N. Casi		Totale		%	
	AUSLRA	RER	Δ	AUSLRA	RER	Δ
Anno 2008	316	2.296	467	4.323	67,7	53,1
Anno 2009	286	2.291	409	4.125	69,9	55,5
Anno 2010	306	2.224	422	3.776	72,5	58,9
Anno 2011	332	2.379	492	3.942	67,5	60,4

C.2 Implementare e sviluppare le attività di emergenza – urgenza secondo le indicazioni regionali

Nel 2011 in relazione alle raccomandazioni formalizzate dal Comitato regionale emergenza-urgenza sono state perseguite:

- l'implementazione delle nuove regole di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di pronto soccorso per ridurre l'incremento di accessi inappropriati secondo la delibera regionale n.389 del 28/3/2011, che non comprende più l'esenzione secondo il criterio del codice colore ma piuttosto secondo la tipologia e complessità della casistica trattata ed il setting assistenziale di erogazione del servizio (esente l'OBI, il ricovero);
- la revisione del bed management negli Ospedali aziendali, anche con partecipazione ai gruppi di lavoro regionali del CREU, con definizione dei criteri di distribuzione giornaliera dei posti letto internistici e specialistici per le necessità di ricovero dei pazienti acuti appropriati a provenienza dal Pronto Soccorso;
- la definizione delle modalità di arruolamento del personale sanitario per ogni U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza utilizzando anche meccanismi di stabilizzazione dei medici con idoneità all'emergenza territoriale;
- e' stato implementato il flusso di dati informatici dai Pronto Soccorso alla Regione, come richiesto dalla delibera ministeriale, dopo avere definito alcune regole comuni di comportamento;
- l'integrazione dei Pronto Soccorso aziendali nella rete Hub e Spoke con ulteriore definizione dei criteri di centralizzazione, anche in relazione all'apertura del nuovo DEA di Ravenna.

C.4 Accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento

Nell'anno 2011 l'Azienda USL di Ravenna ha realizzato le seguenti iniziative.

- Corsi ripetuti di formazione residenziale "Prevenire e gestire gli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari" con parte teorica e parte pratica consistente in apprendimento di tecniche operative di autodifesa (tecniche Krav Maga)".
- Revisione a cura Medicina Legale della procedura aziendale "Violenza sessuale ed abuso" esistente dal 2003 presso Ausl Ravenna.
- Due seminari per l'Area Vasta Romagna e per l'Area Vasta Emilia Nord sulla diffusione di buone prassi nei percorsi di accesso ai servizi sanitari effettuato da persone in situazione di maltrattamento. I seminari sono stati effettuati sulla base di quanto promosso dalla DGR 2096/2010 e sono stati rivolti sia agli operatori dei servizi sanitari per il primo accesso (Pronto Soccorso, Ginecologia, C.Familiare, Salute Mentale, MMG...), sia agli operatori dei S.Sociali e delle Forze dell'Ordine. Obiettivo di tale intervento è stato il confronto nell'ambito di Area Vasta per accogliere esperienze sulle buone prassi, avviate nei territori provinciali. In tali occasioni è stato presentato il DVD "Basta poco per cambiare", realizzato a cura dell'Associazione Linea rosa in collaborazione con l'Az.Usl di Ravenna e che ha ricevuto il patrocinio del Ministero Pari Opportunità. Il DVD rappresenta situazioni di violenza di genere e violenza assistita che accedono al pronto soccorso. In quanto stimolo per le buone prassi il DVD pone a confronto la gestione di situazioni di violenza per come avviene e come invece dovrebbe essere.
- Nell'ottica di mantenere/sviluppare un'attenzione di sistema interistituzionale a livello provinciale, è stato sottoscritto con la Prefettura e tutte le Istituzioni e le Associazioni della rete antiviolenza un 'Protocollo di intesa per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere'. Questo protocollo contiene un allegato che rappresenta un "*Vademecum per gli operatori sanitari*" che sottolinea il

ruolo di assoluta importanza attribuito alla *visita* della persona offesa. Poiché il *percorso terapeutico*, il cui contenuto informativo va ben *oltre la redazione del referto* attestante eventuali obiettività riscontrate, necessariamente si interseca con quello *processuale penale*, nell'esercizio della professione sanitaria è necessario attenersi a talune regole, il cui rispetto condiziona l'efficacia della tutela penale.

- Inoltre un rappresentante dell'Azienda Usl di Ravenna nell'anno 2011 ha partecipato ai lavori del gruppo regionale per la definizione di linee guida in tema di violenza di genere e violenza verso i minori. Il gruppo di lavoro prosegue i lavori anche nel anno 2012.

C. 5 Progetto carta del rischio cardiovascolare (Piano della prevenzione 2010-2012)

L'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare è stato ridotto dalle modifiche introdotte dalla nuova nota 13 AIFA (in vigore dal 16/7/2011), che non l'ha più considerata per la prescrivibilità delle statine. La nuova nota 13 AIFA infatti abolisce le carte e i calcolatori come metodo per individuare e personalizzare il livello di rischio cardio-vascolare in prevenzione primaria, sostituendole con una valutazione semiquantitativa che classifica il livello di rischio in basso, moderato, alto e molto alto sulla base di fattori di rischio maggiori. Segnaliamo comunque che il Gruppo di lavoro multidisciplinare della Commissione Regionale del Farmaco, in un recentissimo documento del maggio 2012 (*"Criteri di interpretazione della nuova nota AIFA n.13"*), raccomanda l'utilizzo delle carte del rischio italiane nella valutazione clinica globale del paziente, quale strumento utile nella decisione terapeutica.

C. 6 Unitarietà e omogeneità dei percorsi di cura delle persone con disabilità

Nell'anno 2011 il sistema sociosanitario ha proseguito gli interventi avviati l'anno precedente.

Si è avviato un programma di rivalutazione dei Piani Assistenziali Individuali e dei Piani Educativi Individuali di tutte le persone con disabilità ospitate nei centri residenziali e semiresidenziali. Tale programma ha previsto il coinvolgimento di tutti i servizi sanitari e sociali e l'attuazione dello strumento dell'UVM, che per la disabilità infantile ha previsto l'attivazione dei servizi che insistono in età pediatrica (territoriali e ospedalieri).

Per i disabili in età adulta, nell'ambito del percorso di accreditamento sociosanitario, si è attuata una valutazione del sistema complessivo delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, ponendo particolare attenzione alle caratteristiche organizzative, strutturali (con esame della normativa regionale: DGR 564/2000, DGR 514/2009, DGR 1336/2010 e DGR 219/2010) e all'analisi dei costi. Tale valutazione, oltre che all'attuazione di quanto previsto dall'accreditamento sociosanitario per la disabilità, è stata orientata ad una valutazione dell'equità di accesso e di omogeneità di trattamento degli utenti; ha inoltre costituito un primo strumento per la valutazione dell'impegno delle risorse sanitarie (infermieristiche e terapisti della riabilitazione) in queste strutture, in relazione alla coerenza degli standard in essere rispetto alle norme regionali, ai volumi nonché a valutazioni di omogeneità ed equità. La ricognizione sopra rappresentata costituisce oggetto di confronto con la Direzione Generale, la CTSS i Comitati di distretto e i Soggetti produttori.

Oltre a ciò sono stati posti a verifica i percorsi di prescrizione degli ausili protesici ai sensi del DM 332/99, sviluppando modalità di supporto informatico nei confronti dei prescrittori e dei terapisti della riabilitazione al fine di facilitare una prescrizione appropriata ma soprattutto facilitata nei

confronti delle persone con disabilità. Tale percorso di miglioramento è attuato attraverso una formazione all'uso del SW da parte dei prescrittori e dei terapisti.

C.7 Accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi sociosanitari

Nell'anno 2011 è proseguito il percorso di accreditamento sociosanitario che ha previsto le definizioni di Contratti di Servizio per le strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, le case residenza anziani, e l'assistenza domiciliare.

Il processo di definizione del testo di contratto per ogni tipologia di servizio, organizzato in coerenza con le linee guida approvate a livello distrettuale (Comitati di Distretto) e provinciale, ha previsto la condivisione tra i committenti e tra questi ultimi e i Soggetti produttori.

Tale confronto complessivo si è protratto fino all'autunno inoltrato quasi per tutte le tipologie di contratto. In particolare l'articolo sulla definizione del pagamento dei corrispettivi e dei tassi di interesse per ritardato pagamento è stato oggetto di molti confronti con i Soggetti produttori, i Committenti e la CTSS.

La Direzione dei Distretti sanitari, la Direzione Amministrativa, le Direzioni infermieristiche la direzione delle Attività sociosanitarie, i Servizi per Anziani e Disabili adulti del DCP, hanno strutturalmente collaborato con gli Uffici di Piano e con gli stessi condiviso il processo di confronto con i Soggetti produttori a livello provinciale.

Relativamente alla definizione dei Contratti di Servizio, l'Azienda Usl ha inoltre definito e formalizzato criteri e vincoli sulle responsabilità specifiche afferenti all'Azienda Usl stessa, in coerenza con le responsabilità di sistema interistituzionale, nonché con la normativa regionale che regola la materia dell'accreditamento sociosanitario.

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

D.1 Ascolto e coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella prospettiva dell'empowerment

Nel corso dell'anno 2010 l'Ausl di Ravenna ha avviato il progetto sulla valutazione della qualità percepita dei ricoveri ospedalieri nei presidi di Ravenna, Lugo e Faenza curato insieme al Comitato Consultivo Misto (CMM). Il progetto ha una durata triennale, è definito insieme all'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, coinvolge tutti gli ospedali dell'Area Vasta Romagna e viene ad interessare precise Unità Operative annualmente definite con l'Agenzia stessa. La valutazione con somministrazione di questionari viene effettuata nell'ultimo trimestre di ogni anno solare.

I dati raccolti nel 2010 sono stati elaborati, nel corso dell'anno 2011, a cura del Servizio Qualità e Accreditamento dell'Azienda Usl, e confrontata con l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale per la validazione degli stessi. Successivamente i dati sono stati condivisi con il tavolo del Comitato Consultivo Misto.

I cittadini volontari del CCM di Ravenna, Lugo e Faenza hanno partecipato in modo significativo in tutto il processo di somministrazione dei questionari e di valutazione dei dati. Infatti ogni CCM ha effettuato le valutazioni specifiche delle criticità emerse nel Presidio di riferimento con un approccio

di Empowerment organizzativo, per poi programmare incontri congiunti con le Unità Operative interessate dalla valutazione, per l'avvio di percorsi di miglioramento per la risoluzione delle criticità emerse.

L'elaborazione dei questionari sugli elementi relativi alla qualità percepita, sono depositati agli atti del Servizio Qualità e Accreditamento dell'Azienda.

Nella tabella sottostante sono riportati i dati dei questionari raccolti divisi per U.O divisi per Presidio di riferimento.

	Unità Operativa	N°dimessi	N°questionari distribuiti	N°questionari raccolti	% questionari distribuiti\di messi	% questionari raccolti\distribuiti
P.O.RAVENNA	Gastroenterologia	184	161	147	87,5%	91,3%
	Neurologia	208	137	121	65,9%	88,3%
	Malattie Infettive	169	115	96	68,0%	83,5%
	Medicina Interna	1.453	448	270	30,8%	60,3%
	Postacuti	156	107	71	68,6%	66,4%
	TOTALE	2.170	968	705	44,6%	72,8%
	SPDC	193	187	148	96,9%	79,1%
P.O.LUGO	Pneumologia e Bronc.	99	72	68	72,7%	94,4%
	Medicina Interna	582	253	151	43,5%	59,7%
	Lungodegenza	83	47	36	56,6%	76,6%
	RRF (è con i postacuti)	12	12	4	100,0%	33,3%
	Post-acuti	80	55	53	68,8%	96,4%
	TOTALE	856	439	312	51,3%	71,1%
P.O.FAENZA	Medicina Interna	509	250	205	49,1%	82,0%
	Geriatria	202	156	137	77,2%	87,8%
	Lungodegenza	20	17	10	85,0%	58,8%
	Neurologia	65	52	52	80,0%	100,0%
	Post-acuti	101	83	82	82,2%	98,8%
	TOTALE	897	558	486	62,2%	87,1%
TOT.AUSL		4.116	2.152	1.651	52,3%	76,7%

Fonte dati Ausl Ravenna NOTE: totale questionari distribuiti n°2.152 (compreso l'SPDC) questionari raccolti 1.651 (76,7%) di cui 209 non compilati pari al 12,6%. Sui 4.621 dimessi reali nel periodo sono stati consegnati un n° di questionari pari al 46,6% .

Nel 4°trimestre 2011 inoltre è stato avviato il secondo step dell'indagine che ha previsto il coinvolgimento delle seguenti U.O.: Oncologia, Ematologia, Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia vascolare, Cardiologia, Nefrologia e Dialisi.

Nell'anno 2011 non sono state avviate azioni di Empowerment individuale nell'ambito delle cure primarie, né azioni di Empowerment comunitario, se non nelle forme dei gruppi di lavoro definiti dalla Programmazione del Piano Attuativo 2011, dei 'Piani di Zona per la Salute e il Benessere sociale', che tradizionalmente coinvolge numerosi cittadini e Associazioni ai fini della attuazione di progetti definiti in modo partecipato e condiviso, una partecipazione però non ancora in grado di estrapolare principi guida, metodologie e strumenti.

D. 2 Promozione attività fisica e stili di vita salutari

D. 2.1 Promozione attività fisica per tutti i cittadini

La sottoscrizione di un accordo con il CONI e gli Enti di promozione sportiva è stata gestita e portata avanti a livello regionale, e servirà come base per raggiungere, nel corso del 2012, accordi più articolati in sede di ogni Azienda.

Anche la campagna di comunicazione per la motivazione di tutti i cittadini all'uso delle scale è in fase di allestimento a livello regionale.

In ambito locale nel 2011 è continuato il progetto nel Comune di Bagnacavallo che ha visto l'organizzazione, in collaborazione con il Centro Sociale "Amici dell'Abbondanza" e la UISP della Bassa Romagna, dei gruppi di cammino che avevano già preso vita all'interno del progetto realizzato negli anni precedenti sui portatori di sindrome metabolica.

D.2.3 Promozione stili di vita salutari: nutrizione, lotta al fumo, lotta all'uso di sostanze

Nel corso dell'anno scolastico 2010-11 un gruppo di lavoro costituito da operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica, del SER.T e della Pediatria di Comunità ha supportato mediante un'azione di tutoraggio gli insegnanti di 4 scuole secondarie (2 inferiori e 2 superiori) nella realizzazione di percorsi di promozione della salute integrati sulle tematiche di "Guadagnare salute" (fumo, alimentazione, attività fisica e consumo di alcol) secondo una metodologia condivisa, utilizzando come strumento didattico il DVD "Paesaggi di Prevenzione".

Gli interventi di promozione della salute sono proseguiti anche nell'anno scolastico 2011-12, così come i progetti per la prevenzione dell'abitudine al fumo in ambito scolastico promossi dal Servizio Igiene Pubblica in collaborazione con lo IOR, che hanno coinvolto oltre 3.600 adolescenti. In particolare hanno aderito una scuola primaria (5 classi: 100 alunni), 17 scuole secondarie di primo grado su 24 (63 classi: 1.448 ragazzi) e 15 scuole secondarie di secondo grado su 18 (86 classi: 2.093 ragazzi). È stata inoltre effettuata la formazione dei docenti di una scuola professionale di Ravenna.

Per la promozione di ambienti liberi dal fumo nelle strutture sanitarie ogni anno viene organizzata un'iniziativa formativa rivolta agli agenti accertatori aziendali per sviluppare le conoscenze e competenze necessarie a ricoprire tale ruolo, integrando le funzioni sanzionatorie con i compiti educativi per promuovere una cultura del non fumo nei servizi sanitari.

È proseguita la campagna di comunicazione nei confronti della popolazione femminile "Donne libere dal fumo", mediante interventi di counseling breve e diffusione di materiale informativo in occasione degli accessi delle donne presso i Consultori e gli ambulatori vaccinali della Pediatria di Comunità.

Il Centro antifumo aziendale (CAF) ha implementato e consolidato la rete di collaborazioni con altri Servizi sanitari, per interventi di disassuefazione rivolti a persone con malattie croniche (in primis pazienti affetti da BPCO).

Il Gruppo tecnico Regionale Tabagismo, di cui il Responsabile del CAF aziendale fa parte come coordinatore dei CAF dell'Emilia-Romagna, ha elaborato congiuntamente con il Referente regionale per il coordinamento dei Servizi di Cardiologia il progetto di disassuefazione rivolto a pazienti cardiopatici FRESCO ("Fumo nella Regione Emilia-Romagna nei pazienti con Sindrome Coronarica acuta dopo Ospedalizzazione"), che prevede momenti formativi rivolti al personale delle UU.OO. di Cardiologia e dei CAF e l'attivazione di una procedura operativa per l'invio al Centro antifumo dei pazienti ricoverati per un evento coronarico acuto. In attesa dell'attivazione del nuovo protocollo secondo, è proseguita da parte del Centro antifumo aziendale la presa in carico

dei pazienti inviati dai reparti di Cardiologia in base ad un accordo formalizzato a livello locale nel settembre 2010.

È proseguita la collaborazione tra il CAF aziendale e il DSM per la disassuefazione dal tabagismo dei pazienti con disturbi psichici e le modalità di trattamento, dopo una prima sperimentazione condotta nel corso del 2010, hanno trovato una formalizzazione nel Progetto Aquilone, con cui l'AUSL di Ravenna ha partecipato al concorso "Fumo, salute e sanità" indetto dall'ISS.

Sono stati inoltre realizzati interventi formativi rivolti ad odontoiatri e farmacisti in tema di tabagismo e di counselling motivazionale ai pazienti fumatori.

D.2.4 Promozione corrette abitudini alimentari per prevenire malattie croniche

In applicazione delle indicazioni contenute nelle linee strategiche regionali per la ristorazione scolastica, il SIAN e la Pediatria di Comunità hanno elaborato linee guida per l'elaborazione delle tabelle dietetiche e dei menù a livello locale, che sono state diffuse a tutte le ditte di ristorazione collettiva operanti nel territorio provinciale e ai gestori/appaltatori di mense scolastiche. I contenuti delle linee strategiche regionali e del documento aziendale di indirizzo sono stati presentati formalmente alle Amministrazioni locali e ai soggetti privati titolari dei servizi di ristorazione: all'iniziativa di presentazione hanno partecipato i rappresentanti di 5 ditte di ristorazione collettiva, dei 18 Comuni della provincia, della FISM e di una Cooperativa Sociale. Nei Comuni di Cervia, Russi e Lugo sono stati anche organizzati incontri pubblici con i genitori e con i Comitati mensa. Sono state inoltre elaborate, in collaborazione con le Aziende USL di Rimini e Bologna, raccomandazioni per un capitolato di appalto tipo per i distributori automatici di alimenti collocati in ambiente scolastico: il documento è stato condiviso nell'ambito del Gruppo regionale Nutrizione, per la successiva formalizzazione all'interno di un provvedimento regionale contenente gli standard nutrizionali per l'offerta alimentare nelle scuole.

A completamento di un progetto condiviso con le Associazioni di categoria del settore è stato costituito un primo nucleo di 10 ristoranti "Amici dei bambini", a cui l'Ausl ha fornito la consulenza nutrizionale sui menù proposti; per la gestione del disciplinare e l'attribuzione del marchio è in corso di perfezionamento un accordo con la Provincia di Ravenna.

In attesa della predisposizione di un piano strategico per la prevenzione dell'obesità nell'età evolutiva, che dovrà tenere conto delle linee di indirizzo, in corso di elaborazione, da parte di alcuni gruppi di lavoro regionali, istituiti per applicare i principi previsti dal Piano regionale della Prevenzione in merito alla promozione di abitudini alimentari corrette e attività fisica e di prevenzione dell'obesità e dei DCA, un gruppo aziendale multidisciplinare, ha elaborato i contenuti di un sito web ("Cibo Amico") a carattere informativo/divulgativo in tema di alimentazione in età evolutiva, da linkare in futuro al sito dell'AUSL e al portale ravennate della sicurezza alimentare e nutrizionale in fase di costruzione.

D.3 Programmi di screening oncologici

Screening dei tumori del colon-retto. Nel 2011 si sono rilevati i seguenti indicatori:

- estensione dello screening: risultato atteso > 95%, risultato misurato > 100%;
- adesione corretta: risultato atteso > 52%, risultato misurato 61%.

Il rilevante aumento dell'adesione corretta è frutto di un approfondito e complesso lavoro di ricerca e valutazione dei pazienti con criterio di sospensione temporanea (esecuzione di pancolonscopia nei 5 anni precedenti) associato ad una correzione degli scarti del data-base regionale.

Screening dei tumori della mammella. L'anno 2011 ha mostrato risultati ottenuti dalla riorganizzazione del CPO con la digitalizzazione delle immagini. I dati mostrano un'estensione del programma ottimale con un raddoppio delle mammografie da screening a cui va aggiunto un aumento anche nelle indagini cliniche con un monitoraggio ed un mantenimento dei tempi di attesa per tutto l'anno.

Classe di età	Numero di donne invitate	Numero di aderenti	Adesione (%)
45-49	12.520	8.615	68,81
50-54	7.390	4.887	66,13
55-59	7.218	5.113	70,84
60-64	6.388	4.582	71,73
65-69	5.782	4.147	71,72
70-74	6.867	4.653	67,76
Totale	46.165	31.997	69,31
Totale 50-69	26.778	18.729	69,94

Fonte dati CPO AUSL Ravenna

Screening dei tumori della cervice uterina. Per quanto riguarda lo screening della cervice uterina i dati dimostrano il raggiungimento degli obiettivi sia di estensione che di adesione del programma. Le tabelle mostrano anche la cospicua di II livello. E' continuata poi la partecipazione ad un Protocollo di ricerca nazionale sull'utilizzo del test HPV.

Classe di età	Numero di donne invitate	Numero di aderenti	Adesione (%)
<25			
25-29	4.735	2.186	46,17
30-34	4.769	2.286	47,93
35-39	6.430	3.366	52,35
40-44	6.259	3.509	56,06
45-49	5.741	3.248	56,58
50-54	5.089	2.805	55,12
55-59	4.349	2.499	57,46
60-64	4.045	2.462	60,87
65+			
Totale 25-64	41.417	22.361	53,99

Fonte dati CPO AUSL Ravenna

D.4 Promozione sicurezza e salute

D.4.1 Promozione della salute e prevenzione infortuni sul lavoro

Azioni per ridurre il tasso di infortuni sul lavoro

1) Vigilanza nei luoghi di lavoro. Nel corso del 2011, si è mantenuto un costante livello di vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro, finalizzata a garantire, da parte delle imprese, l'adozione delle misure di prevenzione e protezione per scongiurare i danni da lavoro (infortuni e malattie professionali); il livello di copertura territoriale è in linea con l'obiettivo, impartito dalla Regione, di

controllare il 9% delle Unità Locali. L'attività di controllo si è maggiormente concentrata nei comparti a maggior rischio, in particolare sulle attività portuali, l'edilizia e l'agricoltura.

2) Azioni di informazione e promozione della salute e sicurezza sono state effettuate azioni di questo tipo in svariati settori produttivi.

Nel settore dell'agricoltura, sono stati realizzati 3 seminari informativi/formativi rivolti a imprenditori, coltivatori diretti e studenti sulla sicurezza delle macchine agricole e sui relativi obblighi normativi.

Nel settore delle attività portuali, sempre nel campo dell'informazione e promozione della salute, si è lavorato per raggiungere l'obiettivo strategico del PSAL 2010-2012 previsto per questo settore, ossia la realizzazione delle azioni previste dal "protocollo per la pianificazione degli interventi per la sicurezza sul lavoro nel porto di Ravenna", che vengono condotte in collaborazione sia con altri Enti Pubblici, in particolare Autorità Portuale e Capitaneria di Porto, sia con altri soggetti istituzionali come i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) di sito e i responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) delle aziende portuali (costituitisi in coordinamento). In particolare:

a) sono stati realizzati diversi incontri tematici con Autorità Portuale, INAIL e Università di Bologna su temi prioritari nel settore portuale quali la prevenzione del rischio da merci pericolose in grado di produrre asfissia o intossicazione e la definizione di un sistema di raccolta ed elaborazione degli infortuni sul lavoro;

b) sono state effettuate azioni di assistenza nei confronti di una grande impresa portuale in tema di stress lavoro correlato;

c) è stato approfondito con la più grande delle imprese di costruzione navale del porto di Ravenna il tema dell'aumento della tempestività e l'efficacia dell'azione di primo soccorso e di evacuazione dei luoghi di lavoro chiusi o confinati, fornendo indicazioni durante diversi incontri, indicazioni in gran parte recepite nel Documento di valutazione dei Rischi dell'azienda stessa.

Nel settore delle costruzioni, continuativa è stata l'assistenza, fornita direttamente nei nostri uffici o in azienda, nei confronti di figure chiave della prevenzione nel comparto edilizia, in particolare verso i Coordinatori della Sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione.

Nell'ambito delle attività di promozione della salute, è stato implementato un programma di azioni volte a ridurre il consumo di bevande alcoliche e l'uso di sostanze psicoattive. Tale programma, derivato da indirizzi operativi della Regione Emilia-Romagna e specificamente incluso nel PSAL 2010-2012, si è sviluppato secondo 3 direttrici, considerate complementari e di efficacia sinergica:

a) Campagna informativa sui danni da fumo e sui centri per smettere di fumare, attraverso Incontri tematici in aziende rilevanti del territorio provinciale, con distribuzione a oltre 1.000 tra lavoratori e dirigenti aziendali di pieghevoli a contenuto specifico;

b) Formazione su fumo, alcool, droghe e lavoro, rivolta a lavoratori di aziende rilevanti e a rappresentanze dei lavoratori, anche di provenienza extraprovinciale ed extraregionale, con il coinvolgimento complessivo di oltre 300 soggetti coinvolti nelle possibili attività di prevenzione all'interno delle aziende produttive.

c) Controllo sulla valutazione del rischio da assunzione di bevande alcoliche da parte delle imprese edili e rilevazioni dirette di alcolemia su lavoratori in oltre 50 cantieri del territorio.

Tutta l'attività descritta, è stata svolta, oltre che in modo interdisciplinare, in stretta sinergia con l'U.O. Dipendenze patologiche aziendale, consolidando così un' unitarietà di obiettivi e un' aggregazione di competenze complementari iniziata qualche anno addietro.

3) Monitoraggio dei fattori di rischio per patologie correlate al lavoro. Sono state condotte azioni di monitoraggio e controllo sui fattori di rischio da sovraccarico biomeccanico e di natura cancerogena, attraverso interventi in aziende del territorio (n. 24 in totale) finalizzati a verificare la presenza di questi fattori di rischio e la loro valutazione/gestione da parte delle imprese.

4) Tutela di lavoratori esposti a rischi particolari. sono state condotte azioni sul fattore di rischio stress lavoro correlato: in particolare, sono state effettuate azioni di assistenza in diverse aziende, tra cui aziende del polo chimico e del comparto sanità. È stata altresì effettuata assistenza sul tema, attraverso specifici incontri, a consulenti e associazioni datoriali e sindacali.

Rispondendo anche ad uno specifico obiettivo del PSAL 2010-2012, relativo alla promozione di maggiori livelli di tutela della salute e sicurezza sul lavoro nei lavoratori provenienti dall'estero, sono stati portati a compimento 2 moduli formativi relativi alla salute e sicurezza sul lavoro presso un Istituto di formazione professionale ad alta frequentazione di lavoratori stranieri.

D.4.3 Promozione sicurezza domestica

Sono stati realizzati 3 incontri con la popolazione, presso altrettanti Centri Sociali (uno per Distretto), organizzati in collaborazione con il Collegio Infermieri IPASVI, due Tecnici della Prevenzione (SPSAL e SIP) e la struttura Emergenza Territoriale Centrale Operativa 118.

In collaborazione con il Responsabile del Serv.Assistenza Anziani si sono programmati una serie di nove incontri con le persone che frequentano altrettanti Centri Sociali presenti nel comune di Ravenna il cui svolgimento è slittato nel 2012.

Sono stati realizzati 2 incontri con Coordinatrice pedagogica del Comune di Cervia, Pediatria di Comunità, rappresentanti dei PLS, per sperimentare percorsi didattici, in tema di prevenzione degli incidenti domestici e trasporto sicuro dei bambini in auto, diretti ai bambini da sviluppare all'interno delle sezioni scolastiche di 3-4 Nidi-Materne presenti nel comune di Cervia, con la partecipazione diretta delle insegnanti.

D.5 Le relazioni tra ambiente naturale, ambiente costruito e salute

Il progetto regionale Moniter ha approfondito le conoscenze scientifiche sulle sostanze emesse dagli impianti di incenerimento dei rifiuti e sul loro impatto sulla qualità dell'aria circostante, studiandone gli effetti sulla salute con indagini tossicologiche e stimandone in termini epidemiologici la correlazione con l'esposizione ad esse. Il DSP ha fornito il proprio contributo secondo quanto richiesto dal protocollo operativo dello studio, partecipando per la propria parte di competenza territoriale alla costituzione del pool regionale per lo studio degli effetti sanitari sulla popolazione esposta. I risultati definitivi dello studio Moniter sono stati resi pubblici nel corso di Seminario regionale svoltosi a Bologna in data 2 dicembre 2011.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica di Ravenna parteciperà ai lavori di un gruppo regionale multidisciplinare costituitosi nel novembre 2011 per il monitoraggio dei contaminanti nell'ambiente e nelle produzioni animali e vegetali, che si occuperà anche della valutazione delle caratteristiche specifiche delle fonti di impatto presenti nelle aree industriali ravennati al fine di orientare la scelta dei luoghi dove operare eventuali campionamenti di matrici biologiche ritenute maggiormente rappresentative.

A livello regionale è stato elaborato un documento che individua le caratteristiche delle città in grado di promuovere o contrastare l'adozione di corretti stili di vita per orientare l'azione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e degli Enti Locali verso una pianificazione territoriale più consapevole delle ripercussioni sulla salute delle scelte urbanistiche: le Linee guida regionali "Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione", costruite anche con il contributo del Dipartimento di Sanità Pubblica di Ravenna, sono ancora in corso di formalizzazione e per questo motivo non sono state diffuse e non sono state attivate le

iniziative formative previste. I principi e i criteri enunciati nel documento sono comunque stati seguiti nel corso del 2011 per la valutazione degli strumenti urbanistici su cui il Servizio Igiene Pubblica è chiamato ad esprimere un parere.

D.6 Tutela della salute e del benessere degli animali e prevenzione delle malattie trasmissibili da animali a uomo

Di seguito viene sintetizzato quanto attuato nel corso del 2011 in ambito provinciale, relativamente ai piani di sorveglianza e monitoraggio nazionali e regionali sul benessere degli animali e prevenzione delle malattie trasmissibili da animali a uomo, con segnalazione della relativa rendicontazione finale alla Regione:

- a. Piano nazionale di farmaco sorveglianza attuato ai sensi del D.L.vo 193/2006 presso le strutture che effettuano attività di commercio all'ingrosso e al dettaglio di farmaci veterinari. Entro 28 febbraio 2012.
- b. Piano Nazionale e Piano Regionale per la ricerca dei Residui negli animali e nei prodotti di origine animale. Scheda di n.c. entro 30 giorni da rilevamento.
- c. Piano Nazionale e Piano Regionale di sorveglianza e vigilanza sanitaria sull'alimentazione animale (compresi OGM). Entro 31 gennaio 2012.
- d. Piano Nazionale Benessere degli Animali da reddito (allevamento, trasporto e macello). Entro 31 gennaio 2012.

E. SVILUPPO DELLA RICERCA E DELLA INNOVAZIONE NEI PROCESSI DI CURA E DI GOVERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI

E.1 Acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche; acquisizione di nuove tecnologie di minore impatto ma con rilevanti implicazioni cliniche e organizzative; iniziative di innovazione clinico organizzativa

A settembre 2010, con l'avvio di una collaborazione pubblico-privato, è stata implementata l'attività radiologica svolta nella struttura sanitaria San Giorgio di Cervia, con la possibilità di effettuare radiografie urgenti su richiesta del medico di base e di radiografie toraciche e muscolo-scheletriche ed ecografie su richiesta dei medici del Punto di Primo Intervento presente nella struttura. Inoltre da novembre 2010 è iniziata l'attività di Risonanza magnetica attraverso la fornitura di un'unità mobile di RM.

Ad ottobre 2011 è l'attività di risonanza magnetica è stata ulteriormente incrementata mediante l'installazione di un'apparecchiatura fissa. Tale risorsa ha permesso l'effettuazione di circa 1.500 esami a prenotazione CUP e, dall'estate 2011, di circa 150 esami all'interno del "percorso di garanzia". Gli esami di risonanza garantiti dal servizio, tutti senza mezzo di contrasto, sono RM della colonna vertebrale, del bacino e degli arti inferiori e superiori.

Il contratto di fornitura di prestazioni radiologiche è stato stipulato con due società riunite in ATI. Nello specifico si tratta di ALLIANCE MEDICAL (grosso gruppo europeo nel settore dei servizi di diagnostica per immagini) che ha fornito le apparecchiature (ecografo, ecocolordoppler e Risonanza Magnetica mobile/fissa) e di MEDICAL LINE CONSULTING che ha invece assicurato il personale medico e infermieristico.

E. 2 Sviluppo delle attività di ricerca e innovazione

- Nel corso del 2011 è proseguito lo sviluppo ed il mantenimento dell'anagrafe aziendale delle attività di ricerca di cui al punto 4.1.2 della delibera 1066/2009.
- I referenti aziendali dell'Anagrafe hanno partecipato regolarmente alle riunioni del gruppo tecnico di lavoro regionale.
- È stata garantita la partecipazione della nostra Azienda al lavoro, coordinato dalla Agenzia sanitaria e sociale regionale, per la definizione delle caratteristiche dei Piani aziendali per le attività di ricerca ed innovazione (di cui al punto 4.1.1 della delibera 1066/2009) e delle funzioni dei Board Aziendali per la Ricerca ed Innovazione (di cui al punto 4.1.3 della delibera 1066/2009).
- Sono stati assolti gli obblighi di rendicontazione delle attività di ricerca e innovazione previsti dai Bilanci di missione.
- È stata garantita la partecipazione dei professionisti della nostra Azienda alle attività di mantenimento e sviluppo dei database clinici regionali (Registro attività cardiocirurgica, registro gravi cerebro-lesioni GRACER, registro attività centri di emodinamica REAL, registro protesi d'anca e ginocchio RIPO, registro defibrillatori impiantabili e pacemaker RERAL).

F. SOSTENIBILITA', MONITORAGGIO E REGOLAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

F. 1 Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie

L'Azienda, ha svolto le attività di verifica secondo quanto previsto dal D.M. 18/1/2011, fornendo la documentazione richiesta secondo modalità e tempi previsti. In particolare per la prima fase "ricognizione delle procedure amministrativo contabili" è stato predisposto il fascicolo 1 e la relazione del Direttore Generale; per la fase 2 "valutazione straordinarie delle risultanze contabili dell'esercizio 2009" è stato inviato il fascicolo due compilato in tutti i prospetti in esso contenuti.

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

4.1 La “carta di identità” del personale

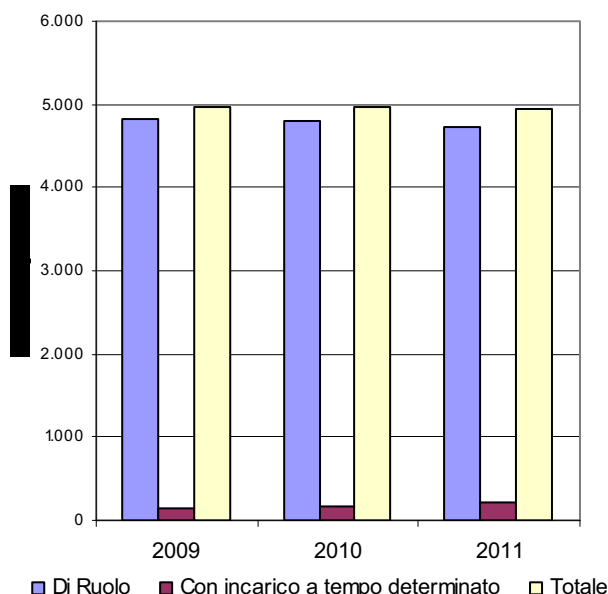
La fotografia del “capitale umano” dell’Azienda Usl di Ravenna al 31.12.2011 restituisce l’immagine di un’Azienda composta da 4.949 dipendenti, 4.731 a tempo indeterminato e 218 a tempo determinato. La componente professionale prevalente è quella del Comparto del ruolo sanitario (infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, ecc.), cui segue quella dei dirigenti medici. E’ un’Azienda che si conferma decisamente “in rosa”: le donne rappresentano il 75,2% dell’intera dotazione organica ed anche lo sviluppo professionale e di carriera per l’area Comparto vede la netta prevalenza della rappresentanza femminile. Per gli incarichi dirigenziali lo scenario, come nel passato, cambia colore: spicca il fiocco azzurro tra gli incarichi di direzione di struttura dell’area medica, mentre si tinge nuovamente di rosa la dirigenza di area amministrativa e tecnica. Nell’Ausl di Ravenna il 69,4% del personale ha un’età compresa tra i 35 ed i 54 anni, cui si aggiunge un altro 10,5% di giovani al di sotto dei 35 ed un 20,2% over 55.

Il trend di crescita della dotazione organica del triennio 2007-2009, imputabile all’imponente processo di “internalizzazione” del personale precedentemente acquisito dall’esterno, passato alle dipendenze dell’Azienda a parità di costo, ha trovato nel 2010 la sua naturale battuta di arresto essendosi concluso il processo di consolidamento delle dotazioni organiche delle strutture aziendali.

Numero dipendenti e percentuale sul totale per tipologia contrattuale - anni 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Di Ruolo	4.825	96,9%	4.805	96,5%	4.731	95,6%
Con incarico a tempo determinato	155	3,1%	174	3,5%	218	4,4%
Totale	4.980	100,0%	4.979	100,0%	4.949	100,0%

Sostanzialmente invariato il quadro della consistenza qualitativa del personale che vede nel personale del Comparto del ruolo sanitario (infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, ecc.) la componente prevalente (45%) del capitale professionale dell’Azienda, unitamente ai Medici (15%).

Andamento numerico del personale per tipologia contrattuale - anni 2009-2011



Numero di dipendenti e percentuale sul totale per categorie di personale dipendente - anni 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Dirigenti Medici	761	15,28%	762	15,30%	747	15,09%
Dirigenti Veterinari	37	0,74%	36	0,72%	37	0,75%
Dirigenti Sanitari	87	1,75%	88	1,77%	92	1,86%
Dirigenti PTA	24	0,48%	25	0,50%	21	0,42%
Personale Infermieristico (1)	2.209	44,36%	2.237	44,93%	2.236	45,18%
Personale Tecnico Sanitario	269	5,40%	257	5,16%	258	5,21%
Altro Personale Sanitario (2)	289	5,80%	285	5,72%	294	5,94%
Personale OTA - OSS - Ausiliari	382	7,67%	413	8,29%	420	8,49%
Personale Amministrativo	516	10,36%	501	10,06%	489	9,88%
Altro Personale	406	8,15%	375	7,53%	355	7,17%
Totale	4.980	100,00%	4.979	100,00%	4.949	100,00%
Legenda:						
1) il dato comprende: infermieri; ostetriche; dietiste; assistenti sanitari;						
2) il dato comprende: personale della riabilitazione e personale di vigilanza - tecnici della prevenzione.						

Altra specificità del triennio è stata la “stabilizzazione” di una parte del personale precario, in precedenza acquisito soprattutto tramite contratti atipici. Tale processo è continuato nell’anno 2011 e si completerà nel 2012, in un’ottica di costante riduzione delle forme di precariato. Si conferma che, di norma, il ricorso a collaborazioni professionali esterne, tenuto conto della particolarità che riveste un’Azienda pubblica erogante servizi sanitari, è finalizzato ad esigenze di natura temporanea quali, ad. esempio, per fronteggiare esigenze transitorie a garanzia della continuità dell’assistenza alla popolazione di riferimento, spesso in situazioni di momentanea carenza di alcune risorse professionali sul mercato del lavoro e nelle more dell’espletamento delle ordinarie procedure concorsuali/selettive, oltre che esigenze di tipo progettuale-sperimentale generalmente sostenute e finanziate con fondi erogati da terzi. L’andamento mostra una flessione delle collaborazioni coordinate e continuative, a fronte del processo di stabilizzazione, e degli incarichi libero-professionali, frutto di revisione e di un’accurata disciplina aziendale.

E’ da notare un maggior impegno dell’Azienda nell’incentivare la partecipazione all’attività di ricerca attivando specifiche e finalizzate borse di studio, finanziate totalmente con fondi provenienti da enti pubblici e/o privati.

Tab. A 2 -Tipologia Contrattuale			
LAVORO AUTONOMO/BORSE DI STUDIO	2009	2010	2011
CONTRATTI CO.CO.CO.	11	6	7
CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	81	65	64
PRESTAZIONI OCCASIONALI	13	3	2
BORSE DI STUDIO	3	6	5

La distribuzione del personale per livelli di assistenza mostra nell’arco dell’ultimo triennio una sostanziale stabilità:

Numero e percentuale sul totale per distribuzione del personale per livelli di assistenza 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Presidi ospedalieri	3.552	71,0%	3.569	71,7%	3.602	72,8%
Distretti sanitari	772	16,0%	771	15,5%	722	14,6%
Dipartimento Sanità Pubblica	173	3,0%	172	3,5%	169	3,4%
Funzioni generali e di staff	401	8,0%	404	8,1%	386	7,8%
Personale comandato all'esterno	82	2,0%	63	1,3%	70	1,4%
Totale	4.980	100%	4.979	100%	4.949	100%

Per quanto riguarda il dato sul personale comandato all'esterno, l'incremento registrato nel 2009 è dovuto al trasferimento provvisorio del personale coinvolto nei progetti del Laboratorio Analisi, dell'Officina Trasfusionale e del Magazzino Unico di Area Vasta Romagna (AVR) e del personale dei Servizi Sociali, ricollocato a Lugo a seguito del ritiro della delega da parte del Comune. Nel 2010 si è provveduto al trasferimento definitivo del personale dei Servizi Sociali mentre nel 2012 si provvederà al definitivo trasferimento del personale del Laboratorio Analisi e dell'Officina Trasfusionale alla Ausl di Cesena.

Confermato il dato di netta prevalenza percentuale di componente professionale femminile (75,2%) rispetto alla componente maschile (24,8%). La prevalenza della componente femminile motiva il frequente ricorso all'istituto del part-time per conciliare esigenze di vita familiare con esigenze lavorative. Il dato complessivo del part-time conferma nel 2011 la tendenziale flessione del ricorso a tale istituto rispetto agli anni precedenti (per il 2011 pari a -0,4%, infatti si passa dal 9,0% del 2010 al 8,6% del 2011).

Numero di dipendenti e percentuale sul totale per genere - anni 2009 - 2011						
	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
F	3.696	74,2%	3.716	74,6%	3.724	75,2%
M	1.284	25,8%	1.263	25,4%	1.225	24,8%
Totale	4.980	100%	4.979	100%	4.949	100%

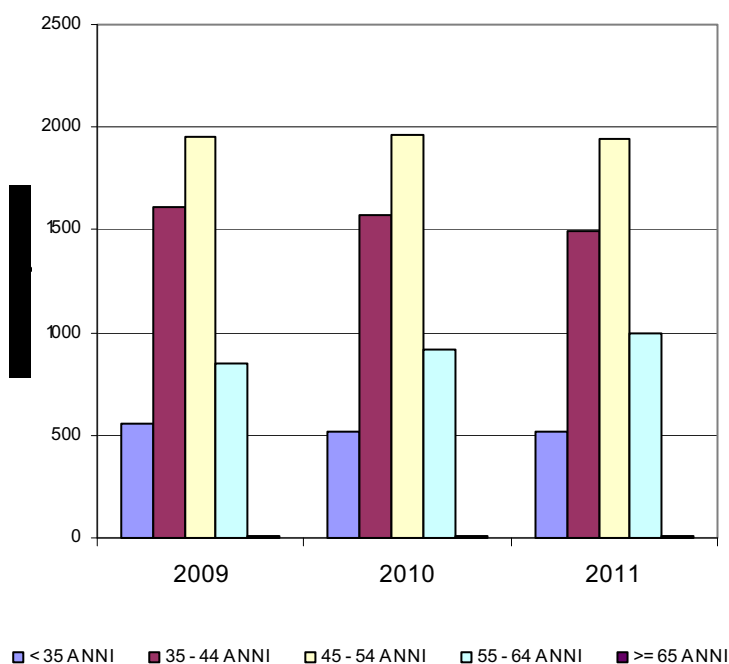
Numero di dipendenti e percentuale sul totale per tipologia di rapporto di lavoro - anni 2009-2011									
	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Dipendenti ad orario pieno	1.252	3.256	4.508	1.235	3.294	4.529	1.200	3.322	4.522
Dipendenti in part-time	32	440	472	28	422	450	25	402	427
Totale	1.284	3.696	4.980	1.263	3.716	4.979	1.225	3.724	4.949
%	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Dipendenti ad orario pieno	97,50%	88,10%	90,50%	97,78%	88,64%	90,96%	97,96%	89,21%	91,37%
Dipendenti in part-time	2,50%	11,90%	9,50%	2,22%	11,36%	9,04%	2,04%	10,79%	8,63%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Per quanto riguarda l'età, la fascia più consistente si colloca tra i 45 ed i 54 anni (39,2% del totale), seguita dalla fascia 35-44 anni (30,2%).

In continuo incremento la fascia di personale di età compresa tra 55-64 anni (20,0% contro il 18,4% del 2010 e il 17,1% del 2009). Il personale con età inferiore ai 35 anni si attesta al 10,5% registrando una stabilizzazione rispetto al 2010.

Numero di dipendenti e percentuale sul totale per classi di età - anni 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 35 ANNI	556	11,20%	520	10,44%	519	10,49%
35 - 44 ANNI	1.609	32,30%	1.573	31,59%	1.492	30,15%
45 - 54 ANNI	1.954	39,20%	1.963	39,43%	1.940	39,20%
55 - 64 ANNI	852	17,10%	918	18,44%	993	20,06%
>= 65 ANNI	9	0,20%	5	0,10%	5	0,10%
Totale	4.980	100%	4.979	100%	4.949	100%

**Numero dipendenti per classi di età
anni 2009-2011**



Quanto allo sviluppo professionale, il dato 2011 conferma l'investimento effettuato sul personale del comparto relativamente ai ruoli di coordinamento e posizioni organizzative avviato sin dal 2006 nel quadro dei processi di riorganizzazione attuati nell'Area dell'assistenza ospedaliera e territoriale (Direzioni assistenziali di dipartimento; coordinamenti di risorse) e nell'area del Dipartimento amministrativo. Il 40,9% delle posizioni organizzative è funzionale ai nuovi assetti organizzativi amministrativi; il 40,9% si colloca nell'area dell'assistenza ospedaliera e territoriale; il 6,1% nel Dipartimento di Sanità Pubblica. Anche lo sviluppo professionale e di carriera vede confermato il dato di netta rappresentanza femminile: 78,8% delle posizioni organizzative e 83,1% dei coordinamenti sono conferiti a personale di genere femminile.

Distribuzione posizioni organizzative per livelli di assistenza. N. e percentuale sul totale - anni 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Presidi ospedalieri	13,5	37,50%	13,5	39,71%	13,5	40,91%
Distretti sanitari	3	8,30%	3	8,82%	3	9,09%
Dipartimento Sanità Pubblica	2	5,60%	2	5,88%	2	6,06%
Funzioni generali e di staff	17,5	48,60%	14,5	42,65%	13,5	40,91%
Personale comandato all'esterno			1	2,94%	1	3,03%
Totale	36	100%	34	100%	33	100%

Distribuzione coordinamenti per livelli di assistenza. N. e percentuale sul totale - anni 2009-2011						
Dipendenti	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Presidi ospedalieri	151,9	59,10%	149,9	61,18%	149,5	61,78%
Distretti sanitari	62,5	24,30%	60,5	24,69%	57,4	23,72%
Dipartimento Sanità Pubblica	14	5,40%	12	4,90%	14	5,79%
Funzioni generali e di staff	20,1	7,80%	19,1	7,80%	18,1	7,48%
Personale comandato all'esterno	8,5	3,30%	3,5	1,43%	3	1,24%
Totale	257	100%	245	100%	242	100%

Distribuzione incarichi, posizioni organizzative e coordinamenti per genere. N. e percentuale sul totale - anni 2009-2011									
N.	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Posizioni organizzative	7	29	36	7	27	34	7	26	33
Coordinamenti	44	213	257	41	205	246	41	201	242

%	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Posizioni organizzative	19,4%	80,6%	100%	20,6%	79,4%	100%	21,2%	78,8%	100%
Coordinamenti	17,1%	82,9%	100%	16,7%	83,3%	100%	16,9%	83,1%	100%

Il sistema di classificazione degli incarichi, introdotto a partire dal 2010, ha consolidato la struttura organizzativa definita dall'Atto Aziendale e dai successivi atti di revisione organizzativa con un significativo impatto sulla qualità dei servizi e delle prestazioni.

Si conferma una minore rappresentanza della componente femminile negli incarichi dirigenziali di Area medica: gli incarichi di maggiore responsabilità (incarichi di Struttura complessa) sono assegnati a personale di genere maschile (78,0% contro il 22,0% femminile). La prevalenza del genere maschile in area medica si registra anche negli incarichi di struttura semplice (73,1% contro 26,9%). Di segno inverso, invece, la rappresentanza di genere si rileva negli incarichi di struttura complessa e semplice dei Dirigenti sanitari e della Dirigenza Professionale, Tecnica, Amministrativa (71% sono donne contro un 29% maschile).

Distribuzione incarichi dirigenziali per genere - anni 2009-2011									
	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Medici e veterinari struttura complessa	56	12	68	54	12	66	46	13	59
Medici e veterinari struttura semplice	49	24	73	42	17	59	38	14	52
Medici e veterinari altri incarichi	359	298	657	359	314	673	348	325	673
Totale	464	334	798	455	343	798	432	352	784
Dirigenti sanitari struttura complessa	2	2	4	1	3	4	1	3	4
Dirigenti sanitari struttura semplice	4	5	9	2	6	8	2	6	8
Dirigenti sanitari altri incarichi	20	54	74	19	57	76	19	61	80
Totale	26	61	87	22	66	88	22	70	92
Dirigenti amm-tecn-prof struttura complessa	3	7	10	4	8	12	3	5	8
Dirigenti amm-tecn-prof struttura semplice	1	3	4	1	2	3	1	3	4
Dirigenti amm-tecn-prof. altri incarichi	3	7	10	3	7	10	3	6	9
Totale	7	17	24	8	17	25	7	14	21
Totale generale	497	412	909	485	426	911	461	436	897

Distribuzione incarichi dirigenziali per genere - percentuale sul totale - anni 2009-2011									
	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Medici e veterinari struttura complessa	82,4%	17,6%		81,8%	18,2%		78,0%	22,0%	
Medici e veterinari struttura semplice	67,1%	32,9%		71,2%	28,8%		73,1%	26,9%	
Medici e veterinari altri incarichi	54,6%	45,4%		53,3%	46,7%		51,7%	48,3%	
Totale	58,1%	41,9%	100%	57,0%	43,0%	100%	55,1%	44,9%	100%
Dirigenti sanitari struttura complessa	50,0%	50,0%		25,0%	75,0%		25,0%	75,0%	
Dirigenti sanitari struttura semplice	44,4%	55,6%		25,0%	75,0%		25,0%	75,0%	
Dirigenti sanitari altri incarichi	27,0%	73,0%		25,0%	75,0%		23,8%	76,3%	
Totale	29,9%	70,1%	100%	25,0%	75,0%	100%	23,9%	76,1%	100%
Dirigenti amm-tecn-prof struttura complessa	30,0%	70,0%		33,3%	66,7%		37,5%	62,5%	
Dirigenti amm-tecn-prof struttura semplice	25,0%	75,0%		33,3%	66,7%		25,0%	75,0%	
Dirigenti amm-tecn-prof. altri incarichi	30,0%	70,0%		30,0%	70,0%		33,3%	66,7%	
Totale	29,2%	70,8%	100%	32,0%	68,0%	100%	33,3%	66,7%	100%
Totale generale	54,7%	45,3%		53,2%	46,8%		51,4%	48,6%	

Analizzando i dati relativi alle causali di assunzione, si rileva che, a fronte di 150 assunzioni a tempo indeterminato effettuate nell'arco del 2011, 113 unità sono state assunte per turn-over (101 unità) e ampliamento servizi (12 unità) e 37 per stabilizzazione intesa come trasformazione di posizioni di lavoro ricoperte con collaborazioni coordinate e continuative, contratti libero professionali e rapporti di lavoro a tempo determinato in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato.

La stabilizzazione ha riguardato diverse figure e precisamente:

-dirigenti medici	12 unità
-dirigenti biologi	5 unità
-dirigente delle professioni sanitarie	1 unità
-personale del comparto sanitario	19 unità

Dipendenti in ingresso	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Dipendenti a Tempo Indeterminato assunti nel corso dell'anno, di cui:	58	175	233	64	131	195	38	112	150
- assunti turn-over e ampliamento di servizi	42	88	130	49	93	142	28	85	113
- assunti internalizzazione/stabilizzazione	16	87	103	15	38	53	10	27	37

Dipendenti in ingresso	2009			2010			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Dipendenti a Tempo Indeterminato assunti nel corso dell'anno, di cui:	25%	75%	100%	30%	67%	100%	25%	75%	100%
- assunti turn-over e ampliamento di servizi	32%	68%	100%	35%	65%	100%	25%	75%	100%
- assunti internalizzazione/stabilizzazione	16%	84%	100%	28%	72%	100%	27%	73%	100%

Dall'analisi del personale cessato, si rileva che il 65% dei cessati sono pensionamenti e il dato risulta ulteriormente in crescita rispetto al 2010 (141 nel 2011 vs. 133 nel 2010); il 24% si sono trasferiti ad altre aziende o enti registrando un leggero incremento sul valore riscontrato nel 2010 (52 vs. 48); mentre sono in flessione i dati sui recessi volontari (25 nel 2011 vs 34 del 2010).

Il numero complessivo delle cessazioni risulta significativo rispetto agli assunti per turn over ordinario (218 cessati vs. 101 assunti per turn over ordinario) e anche aggiungendo le assunzioni per nuove esigenze organizzative, come l'ampliamento di servizi, si arriva a 113 assunti contro i 218 cessati. E' da rilevare, comunque, che il turn-over ordinario è stato in parte coperto anche attraverso un maggior utilizzo di incarichi a tempo determinato, nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali.

Cessazioni	2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%
Dipendenti a Tempo Indeterminato cessati nel corso dell'anno, di cui:	155	100%	215	100%	218	100%
- per pensionamento	85	55%	133	62%	141	65%
-per trasferimento ad altra Azienda/Ente	36	23%	48	22%	52	24%
- per recesso volontario	34	22%	34	16%	25	11%

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Anche l'anno 2011 è stato caratterizzato dal sostegno e sviluppo di una politica di partecipazione attiva dei professionisti alle strategie aziendali come testimonia il lavoro di alcune Commissioni tecnico-professionali locali anche a supporto dell'attività del Collegio di Direzione per l'assolvimento di funzioni affidate dalla normativa regionale.

In tal senso è stato decisivo l'apporto della Commissione terapeutica provinciale, organismo presieduto dal Direttore dell'Assistenza Ospedaliera. Nel corso del 2010 il Presidente di detta Commissione ha infatti ricevuto l'incarico dalle Direzioni Generali di Area Vasta, di presiedere e coordinare un gruppo di lavoro allo scopo di elaborare uno studio di fattibilità di una Commissione terapeutica di Area Vasta. Tale studio di fattibilità è stato portato a termine ed è esitato nella costituzione della Commissione Terapeutica di AVR presieduta da un Clinico dell' Azienda Usl di Rimini, con una composizione multi professionale, multi aziendale e multi disciplinare.

Di non minore importanza è stato l'apporto del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), organismo presieduto dal Direttore dell'Assistenza Ospedaliera e composto dalle professionalità presenti in Azienda (parte infermieristica e parte medica). Tale organismo si è riunito periodicamente portando avanti gli obiettivi regionali legati al controllo delle infezioni ospedaliere e parallelamente ha gestito il Gruppo interaziendale controllo della Legionellosi.

Anche nel corso del 2011 l'attività del CIO, è stata infatti finalizzata al perseguimento degli obiettivi di igiene dati dalla Regione e quindi inerenti la partecipazione agli studi di incidenza su fattori di rischio, con annessa formazione, nonché alla partecipazione al monitoraggio ed alla classificazione delle aree di rischio in riferimento alle linee guida regionali sul controllo della Legionella.

È proseguita l'attività di sorveglianza sui fattori di rischio nelle strutture residenziali dell'Azienda USL di Ravenna ed una stretta collaborazione anche con le Case di Cura private che hanno ricevuto tutte le procedure igienico sanitarie che hanno richiesto e di cui erano carenti.

In particolare si è lavorato molto con la Casa di Cura Villa Maria Cecilia Hospital relativamente al controllo delle infezioni in ambito chirurgico e cardiocirurgico con controlli periodici ed analisi del sistema di gestione del controllo delle infezioni adottato dalla casa di cura.

Diverse sedute del CIO hanno inoltre avuto ancora come oggetto la politica nei confronti degli antibiotici e sono state riviste le linee guida sull'utilizzo degli antibiotici in ambito medico e la profilassi in ambito chirurgico con relativa diffusione ai professionisti medici dei reparti.

Nell'ambito dell'assetto organizzativo della Direzione Infermieristica e Tecnica, l'anno 2011 ha visto il consolidamento di modalità gestionali organizzative, che come definito nell'articolo 16 dell'Atto Aziendale, si avvale di gruppi di coordinamento (Board Direttivi) al fine di favorire la massima partecipazione dei diversi professionisti in campo organizzativo e gestionale e nelle politiche di sviluppo dei diversi ruoli. In particolare si rileva l'acquisizione di specifiche competenze e si denota una crescita nell'acquisizione di modalità gestionali strategiche da parte del Responsabile Infermieristico e Tecnico di Dipartimento. Figura cardine nel trasmettere le linee strategiche ai collaboratori dei diversi profili professionali afferenti al dipartimento, rilevando situazioni di bisogno informativo / formativo e strutturandone di conseguenza le azioni correttive. In diverse situazioni la figura del Responsabile Infermieristico e Tecnico di Dipartimento si è reso artefice di proposte innovative e di carattere migliorativo sia rivolte all'aspetto organizzativo / gestionale che nell'ambito tecnico professionale nell'ottica di rispondere ai bisogni e alle richieste dell'utente attraverso la sua presenza strutturata all'interno del Comitato di Dipartimento e nel Collegio di Direzione.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

All'interno di una strategia generale tendente ad elevare il livello di conoscenza e controllo degli infortuni e degli incidenti da lavoro, la cui riduzione rappresenta impegno irrinunciabile per tutta l'azienda, nell'anno 2011 i professionisti afferenti alla Direzione Infermieristica e Tecnica sono stati coinvolti al fine di consolidare il processo di realizzazione del "sistema di intervento", implementato l'anno precedente. Il sistema, complesso ed integrato, le cui finalità e modalità sono simili al sistema di Incident Reporting Regionale per la Gestione del Rischio Clinico, è basato sulla compilazione di uno strumento finalizzato ad identificare i problemi che possono insorgere durante il lavoro e le cause ad essi connesse. Lo strumento elaborato in seno al gruppo professionale e convalidato dal Servizio Aziendale Prevenzione e Protezione, si basa sulla metodologia dell'inchiesta epidemiologica, nello specifico si tratta di *"un'inchiesta infortunio"* che va ad analizzare ed indagare sulle possibili cause e concause che hanno determinato l'evento. Dalle segnalazioni scaturisce una reportistica Aziendale e Dipartimentale a cura del Servizio Prevenzione e Protezione. Tale reportistica è propedeutica a garantire l'individuazione di interventi correttivi per la prevenzione.

Inoltre, coerentemente agli obiettivi aziendali e regionali, inerenti la gestione del rischio, anche per l'anno 2011 il personale afferente alla Direzione Infermieristica e Tecnica, ha garantito presso tutte le realtà operative / servizi afferenti all'Azienda Sanitaria il sistema di prevenzione e monitoraggio delle cadute degli assistiti e dei visitatori. In particolare si mette in evidenza l'applicazione dello strumento di rilevazione del potenziale rischio di caduta denominato "scheda Masaico" a livello sistemico, presso tutte le unità operative di degenza.

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

A fronte della transizione epidemiologica, con l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle condizioni di cronicità, di co-morbilità, di fragilità sociale e di non autosufficienza, insieme ed in modo concomitante con la trasformazione di una società nei suoi modelli di vita, di lavoro, nei suoi determinanti demografici, economici, sociali, culturali, i presidi ospedalieri afferenti all'Azienda Sanitaria, nel corso degli ultimi vent'anni, hanno fatto propria la logica dell'intervento sempre più specifico rispetto alla condizione di acuzie, transitorio, temporalmente limitato, orientato all'efficacia dell'intervento, non disgiunto dal massimo sforzo dell'efficienza erogativa.

L'attuazione di tali elementi, orientata ad aumentare l'efficienza e l'efficacia della struttura di ricovero ospedaliero, applicata senza radicali modifiche al contesto organizzativo, inteso nel suo complesso, ha sicuramente prodotto nel passato notevoli risultati determinati dall'esistenza di evidenti margini di miglioramento; allo stato attuale però, se non si interviene con una radicale trasformazione del modello organizzativo nel suo insieme, vi è il rischio che sforzi elevati in termini di miglioramento dell'efficienza ed efficacia vengano a produrre minimi effetti. Per invertire questa equazione negativa, ottenendo un ampio margine di miglioramento del processo produttivo ospedaliero, in termini quantitativi, e del processo di presa in carico della persona, in termini qualitativi, diventa necessario modificare, in modo rilevante, l'assetto organizzativo dell'intera struttura di ricovero, implementando piattaforme tecnico – logistiche assistenziali. Condizione, quest'ultima, per garantire massima efficienza organizzativa e, contestualmente, una risposta assistenziale al cittadino in modo prossimale rispetto al proprio luogo di residenza. Il nuovo assetto organizzativo per piattaforme tecnico – assistenziale della struttura di ricovero ospedaliero, deve obbligatoriamente passare ad una trasformazione dell'intera rete assistenziale territoriale, orientata

ad una medicina pro-attiva in grado di prevenire e conoscere i bisogni sanitari della popolazione e garantire un percorso clinico – assistenziale senza soluzioni di continuità.

Centrale e di fondamentale importanza in tale processo di orientamento a nuovi modelli organizzativi, è la realizzazione di nuovi ruoli professionali, orientati ad una presa in carico “globale” del paziente, e che comportano la implementazione del principio del “case management”. Pertanto diventano centrali le figure dell’infermiere e del medico tutor.

Nel corso dell’anno 2011 la componente professionale afferente alla Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale, nei diversi profili professionali, congiuntamente alla componente clinica, ha consolidato presso le varie realtà operative il modello organizzativo di erogazione del processo assistenziale di tipo professionale, propedeutico all’implementazione di nuove soluzioni organizzative e gestionali, ritenendo definitivamente superato il modello di tipo tecnico / prestazionale al fine di migliorare l’efficienza e l’efficacia organizzativa dell’intera struttura sanitaria. Contestualmente, nel corso dell’anno 2011, si è consolidato il ruolo dell’infermiere di riferimento o case manager nelle realtà operative dove tali figure erano state previste (unità operative afferenti alle aree dipartimentali internistiche) oltre a prevedere l’istituzione di tali ruoli in altre strutture organizzative afferenti ai diversi dipartimenti.

Il percorso effettuato nel corso dell’anno oggetto di rendicontazione, ha determinato anche una modifica del ruolo esplicitato da tali figure professionali di case manager; se in una prima fase ci si è fortemente orientati ad un percorso di pianificazione clinico – assistenziale, circoscritto alla fase di ricovero, nel corso dell’anno 2011, attraverso adeguati supporti formativi e di analisi delle funzioni esercitate, il ruolo si è ampliato fino a coprire anche la fase post - dimissione, strutturando percorsi clinico assistenziali in concerto con le rispettive strutture territoriali, strutturando un sistema di allertamento degli stessi servizi con debito anticipo rispetto all’evento dimissione. Un indicatore, al fine di documentare oggettivamente il percorso effettuato, è rappresentato dall’indice delle dimissioni protette, che per l’anno 2011 evidenzia un incremento pari al 1,86% delle segnalazioni e un contestuale decremento (pari al 3,80%) del n° di pazienti inseriti nel percorso delle dimissioni protette attivate, conseguenza di una maggiore uniformità del livello assistenziale nei tre ambiti territoriali e di una migliore appropriatezza nell’utilizzo del percorso complessivo di tale modello. Altro indicatore di natura qualitativa è rappresentato dall’aumento delle visite congiunte effettuate dal personale infermieristico e Medici di Medicina Generale, sui nuovi assistiti di 3° livello ADI, pari al 71% circa rispetto ai dati dell’anno 2010.

Il consolidamento del modello organizzativo di tipo professionale nell’erogazione del processo clinico – assistenziale, con l’introduzione di un responsabile clinico e assistenziale per la pianificazione dell’intero percorso del paziente, permette al contempo il realizzarsi della metodologia del **take care**. Il tutor infermieristico garantisce l’assistenza personalizzata al paziente affidatogli e diviene così responsabile del risultato del progetto assistenziale. L’infermiere tutor deve possedere adeguata esperienza e competenza assistenziale associate ad elevate capacità di programmazione sulla base delle quali avviene l’assegnazione dei casi. Accanto a tale figura agisce un team di infermieri a suo supporto, veri e propri “associati”, tale da garantire la continuità assistenziale anche senza la necessità di una sua presenza costante.

Il concetto da mettere in rilievo, per ciò che concerne l’attività infermieristica, dovrà essere quello di complemento, di sinergia, rispetto all’analisi clinica. Gli strumenti a disposizione, nel tempo, si sono evoluti, in particolare, nell’anno 2011, sono stati revisionati gli strumenti informativi assistenziali, dal processo assistenziale alla pianificazione dell’assistenza fino alla valutazione della complessità assistenziale, strumenti in grado di concorrere, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale, al bene salute secondo un modello emergente di **governo clinico-assistenziale**.

In conclusione, quanto implementato e/o consolidato in termini di modello organizzativo assistenziale, rappresenterà una base propedeutica allo sviluppo di nuove soluzioni organizzative di sistema, indispensabile per riuscire ad affrontare un cambiamento importante come quello verso l'implementazione delle piattaforme clinico – assistenziali e, relativo modello per intensità di cura, previsto per l'anno 2012, dovrà primariamente riuscire a far fronte ad un cambio di prospettiva che, aderendo in modo sempre più compiuto alle linee date dalla pianificazione regionale, riesca a confrontarsi al contempo con la necessità di fare della persona il fulcro attorno a cui indirizzare gli sforzi organizzativi, gestionali, clinici ed assistenziali e, contemporaneamente, adeguarsi alla necessità del contenimento delle spese e di un utilizzo razionale delle risorse.

Sempre nell'ambito della ridefinizione dei ruoli professionali e conseguente sviluppo delle autonomia e responsabilità in capo alle professioni sanitarie afferenti alla Direzione Infermieristica e Tecnica, si evidenziano le seguenti azioni:

- consolidamento a livello aziendale di strutture organizzative di ricovero – post acuzie a gestione infermieristica, tali da gestire, nell'intera rete dei ricoveri ordinari, oltre a 80 posti letto. Nell'anno 2011 l'obiettivo per tali strutture è stato quello di migliorare la performance concernente gli **indicatori istituzionali** di efficienza della struttura. Nelle diverse realtà operative, presenti all'interno dei presidi ospedalieri di Ravenna, Lugo e Faenza, sono stati trattati nel loro complesso 1611 pazienti, con un'occupazione media superiore all'80% e con una degenza media di 15,80 giorni per utente. Per quanto riguarda gli indicatori di efficacia, per tali realtà organizzative si riporta il dato di una diminuzione dei re-ricoveri, a 30 giorni dalla dimissione, pari al 56%;
- Consolidamento del progetto di Continuità assistenziale, implementato presso il Servizio di Assistenza Domiciliare, dei tre ambiti territoriali afferenti all'Azienda Sanitaria, inerente l'estensione del servizio nell'ambito delle 24 ore. Il personale infermieristico continua, anche per le ore notturne, a essere un punto di riferimento per tutti i pazienti in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare e per i pazienti in trattamento chemioterapico segnalati dai rispettivi servizi di DH ospedalieri. Al paziente, alla famiglia presso il proprio domicilio, si è offerto:
 - un servizio di consulenza telefonica per rispondere a qualsiasi dubbio;
 - un accesso diretto dell'infermiere al domicilio per una valutazione delle condizioni clinico – assistenziali e l'erogazione diretta di prestazioni assistenziali;
 - un pre-allertamento del medico di continuità assistenziale, dei servizi di emergenza – urgenza (118 – Pronto soccorso);
- Sviluppo e consolidamento del grado di autonomia e di responsabilità del ruolo esercitato dalle professioni sanitarie emergenti presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e il Dipartimento di Cure Primarie; in entrambi i contesti operativi, Ufficio Igiene e Pediatria di comunità, le figure professionali di Assistente Sanitario / Infermiere si sono fatte carico integralmente delle procedure vaccinali e di sorveglianza sanitaria, recuperando una quota parte del tempo lavorativo della componente medica, storicamente dedicata a tale attività, reinvestita in funzioni specifiche del ruolo;
- Implementazione della piattaforma di patologia clinica comprendente i servizi di Laboratorio Risposta Rapida e di Medicina Trasfusionale, nell'ambito dei Presidi Ospedalieri di Ravenna, Lugo e Faenza. Il progetto implementato, oltre ad aver previsto un percorso formativo propedeutico all'implementazione operativa, ha determinato l'acquisizione delle competenze, in entrambi i settori, del personale tecnico di laboratorio; competenze che storicamente erano circoscritte alle aree sopra indicate;
- Implementazione di un team di lavoro, costituito da personale infermieristico afferente a diversi settori operativi, dedicato all'impianto eco guidato di cateteri venosi periferici al fine di garantire

all'utente la modalità e il dispositivo medico – chirurgico più appropriato rispetto al quadro clinico – assistenziale della persona e al trattamento perfusivo pianificato.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Nell'ambito delle fondamentali funzioni di governo dell'azienda USL di Ravenna va evidenziato il ruolo che il sistema di valutazione delle competenze e relativo sistema premiante ha nel processo di miglioramento della qualità di tutti i servizi offerti.

Nelle more dell'emanazione di una apposita direttiva regionale, continua a trovare applicazione l'attuale sistema di valutazione concordato con le organizzazioni sindacali per le diverse aree contrattuali in osservanza delle disposizioni legislative e contrattuali attualmente vigenti che si riferisce ad un sistema integrato nel quale coesistono diverse tipologie di valutazione.

Nel corso del 2011, l'Azienda ha quindi continuato a subordinare l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività (per il personale del comparto) e alla retribuzione di risultato (per il personale dirigente) agli obiettivi individuati in sede di negoziazione di budget.

Il Nucleo di Valutazione ha proceduto ad accertare il raggiungimento o meno degli obiettivi. In tale ultima ipotesi, in assenza di riscontro di motivate giustificazioni, lo stesso Nucleo ha definito anche la conseguente incidenza negativa sulle corrispondenti quote economiche.

Da sottolineare, la particolare rilevanza delle verifiche annuali sopra menzionate che concorrono, assieme agli altri elementi, anche alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali.

Nell'ottica di dare applicazione ai contenuti del D.Lgs 150/2009 laddove si prevede di "premiare il merito" attraverso una attribuzione selettiva degli incentivi economici e di carriera e quindi vietando la distribuzione a pioggia dei benefici (art. 18, D.Lgs 150/2009) e in osservanza del principio che prevede la coerenza tra il sistema di valutazione della performance e l'erogazione dei premi legati al merito (art. 3 D.Lgs 150/2009), l'Azienda USL di Ravenna ha provveduto ad effettuare un'indagine conoscitiva che ha messo in luce i punti di forza e le criticità dell'esperienza (2010), relativa all'attribuzione dei "premi per la qualità professionale individuale" per le Aree dirigenziali, al fine di formulare proposte di miglioramento di tale percorso.

Sono stati pertanto individuati per il conferimento del Premio Qualità Professionale i seguenti criteri per ognuno dei quali sono stati scelti degli indicatori di performance:

Criterio 1 "PARTECIPA CON IMPEGNO ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DELLA U.O. APPORTANDO CONTRIBUTI PERSONALI IN TERMINI DI QUALITÀ E DI MERITO, CAPACITÀ DI LEADERSHIP"

Criterio 2 "PREVALENZA DELL'ASSOLVIMENTO DELL'ATTIVITÀ DIVISIONALE /ISTITUZIONALE RISPETTO A QUELLA LIBERO PROFESSIONALE"

Criterio 3 "OTTEMPERANZA E PIENO RISPETTO DEI CRITERI E STANDARD QUALITATIVI COLLEGATI AI COMPITI ASSISTENZIALI ASSEGNATI"

Criterio 4 "APPROCCIO EMPATICO NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI/UTENTI E FAMILIARI";

Criteri 5; 6 e 7 "FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PERSONALE IN RELAZIONE ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA",

" PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE / PARTECIPAZIONE A CONVEGNI, SEMINARI, CONGRESSI IN QUALITA' DI RELATORE"

“PARTECIPAZIONE E ORGANIZZAZIONE DI AUDIT CLINICI /ORGANIZZATIVI”

Criterio 8 “RISPETTO DELLE REGOLE ORGANIZZATIVE DI FUNZIONAMENTO DELLE UU.OO.”

I suddetti criteri elaborati per la dirigenza medico-veterinaria e sanitaria sono stati anche utilizzati, adeguandoli, per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa.

Le fasi principali del percorso di attribuzione del premio per tutte le componenti sanitarie sono le seguenti:

- Invio lettera ai Direttori di Struttura complessa: entro marzo
- Riunione d'équipe documentata (convocata dal Direttore di U.O. /Resp.di Struttura Organizzativa) finalizzata a presentare le ragioni e i contenuti del premio e le motivazioni delle proposte di conferimento.
- Discussione nel Comitato dipartimentale
- Discussione nel Collegio delle Professioni
- Invio alla Direzione Generale entro maggio
- Erogazione del Premio nella mensilità di giugno.

Complessivamente sono state messe a disposizione le seguenti risorse:

	Area Dirigenza medica	Area Dirigenza Veterinaria	Area Dirigenza Sanitaria	Area Dirigenza P.T.A
Anno 2011	€ 600.000	€ 30.000	€ 80.000	€ 24.000
Anno 2012	€ 600.000	€ 30.000	€ 80.000	€ 24.000
totale	€ 1.200.000	€ 60.000	€ 160.000	€ 48.000

Si evidenzia che nel corso del 2011, come meglio precisato nel paragrafo 4.8 del presente capitolo, la contrattazione decentrata aziendale, con particolare riferimento a quella dell'area della dirigenza medico-veterinaria e sanitaria, ha accresciuto le prerogative di intervento finalizzate a perseguire il miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché promosso la valorizzazione del merito destinando i residui delle risorse disponibili sui fondi contrattuali per il finanziamento di istituti premianti (a titolo di compenso accessorio) nonché di progetti incentivanti per il miglioramento della qualità assistenziale e di miglioramento organizzativo.

Si evidenzia inoltre che nel corso dell'anno 2011 si è consolidato ulteriormente il percorso implementato negli anni precedenti relativamente alla valutazione del personale neo – assunto per tutti i profili sanitari e dei ruoli tecnici afferenti alla Direzione Infermieristica e Tecnica.

Il percorso, proceduralizzato attraverso uno strumento informativo aziendale, al fine di uniformare presso tutte le realtà organizzative la metodologia di valutazione, basata sui livelli tassonomici, ha determinato lo sviluppo di una consapevolezza da parte di tutto il personale coordinatore / collaboratore in termine dell'iter procedurale. Preme rilevare che nel corso dell'anno oggetto di analisi, il personale designato al ruolo di valutatore ha implementato sempre in misura maggiore il confronto con il valutato, elemento rilevabile dall'aumento dei piani / azioni di recupero per "lacune osservate nella performance" attivati e formalizzati alla stessa Direzione. Elemento che rappresenta il tratto distintivo del percorso individuato e della metodologia prescelta. In associazione e a completamento di quanto sopra descritto, la Direzione ha intrapreso un percorso di accoglienza e di inserimento che si attiva ancora prima dell'effettiva presa di servizio, basato essenzialmente su un colloquio pre – assuntivo, dove oltre a definire ambito, sede di assegnazione, calendario degli appuntamenti successivi per la formalizzazione del rapporto di

lavoro, vengono acquisiti elementi curriculari formativi e professionali e le aspettative tecnico / professionali del professionista con l'obiettivo di individuare futuri percorsi professionalizzanti e di valorizzazione della risorsa. La fase del colloquio pre-assuntivo viene gestita congiuntamente con il Responsabile Infermieristico e Tecnico di Dipartimento al fine di accrescere le competenze e acquisire una visione strategica degli stessi collaboratori mediante un attivo tutoraggio.

4.6 Formazione

LA PIANIFICAZIONE DELLA FORMAZIONE 2011

Il Piano Aziendale della Formazione dell'Azienda USL di Ravenna, in sintonia con i requisiti previsti dal processo di Accreditamento Istituzionale della Regione Emilia-Romagna e dal Sistema di Educazione Continua in Medicina, rappresenta per i Dipartimenti uno strumento programmatico e operativo fondamentale, utile per il raggiungimento dei propri obiettivi e per la risoluzione delle criticità rilevate.

L'Azienda ha avviato l'adeguamento del Piano della Formazione e della struttura formativa ai requisiti di accreditamento come "Provider".

La progettazione degli eventi inseriti nel Piano, come esplicitato nel Regolamento della Formazione approvato con atto deliberativo n. 727 dell'1.12.2008, si basa su criteri e indirizzi comuni, segue un percorso condiviso e definito, introduce strumenti di verifica di qualità e risponde ai criteri previsti dal sistema E.C.M. .

Come previsto dall'atto aziendale e in linea con la Legge Regionale 24/2004, la funzione della formazione è in capo al Collegio di Direzione, coordinata dall'U.O. Formazione e gestita dai vari Dipartimenti/Articolazioni.

I Dipartimenti e le Articolazioni aziendali hanno pianificato il proprio programma formativo 2011 tenendo conto delle linee prioritarie di intervento espresse dal Collegio di Direzione e in linea con le strategie aziendali e gli obiettivi concordati con la Direzione in sede di negoziazione di budget.

Il Collegio di Direzione in una apposita seduta ha validato la proposta del Piano di Formazione Aziendale e lo ha sottoposto alla definitiva approvazione della Direzione Generale tenuto conto che:

- la formazione programmata ha rispettato le priorità e gli obiettivi indicati dalla Direzione Generale, dal Collegio di Direzione e dal Collegio delle Professioni Sanitarie;
- il piano formativo risulta comprensivo, oltre alle iniziative previste a fronte di appositi fondi vincolati anche gli eventi formativi in favore dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici in Continuità Assistenziale;
- è stata rispettata, in fase programmatoria, l'indicazione di contenere i costi della formazione esterna in favore della formazione interna all'azienda.

L'U.O. Formazione aziendale per adeguarsi ai nuovi requisiti di accreditamento nel 2011 ha ritenuto di agire contemporaneamente su due fronti:

- 1) effettuare specifici incontri con tutti i Dipartimenti aziendali per illustrare le nuove indicazioni regionali in materia di costruzione del Piano della formazione e dossier formativo dipartimentale;
- 2) verificare la procedura informatica per eventuale adeguamento ai requisiti previsti.

Nell'istante l'UO Formazione a fine 2011 si è attrezzata, con i propri mezzi, per attivare in via sperimentale un programma che coinvolge tutti i dipartimenti/servizi aziendali per la costruzione del Dossier formativo a partire dall'anno 2012-2013.

L'UO Formazione inoltre, effettuata una debita valutazione, ha ritenuto che in materia di formazione esistano buoni spazi di miglioramento, come Rete dei Referenti e come organizzazione a livello aziendale. E' conseguentemente iniziata una attività collegiale per costruire una visione,

anche con respiro triennale, come piano di sviluppo/investimento della formazione. Conseguentemente si è ritenuto di coinvolgere direttamente tutti i componenti della Rete aziendale della Formazione (composta da rappresentanti di Dirigenza e Comparto) attraverso incontri con cadenza mensile soffermando l'attenzione in particolare sui seguenti punti:

- chiarezza sulla funzione del Referente della Formazione all'interno dell'èquipe;
- valutazione se sia necessario o meno un programma specifico di sviluppo delle competenze e sul ruolo della figura di Referente;
- scarsa comunicazione sia all'interno delle UU.OO. sia a livello interdipartimentale e interdipartimentale;
- sviluppo del sistema di valutazione della prestazione per i responsabili di èquipe.

Dati E.C.M. anno 2011

Tipologia	n. dipendenti	n. crediti
Dipendenti in obbligo di E.C.M.	3.165	
Dipendenti che hanno conseguito n. 25 crediti	1.736	
Dipendenti che hanno conseguito crediti da 25 a 50	784	
Dipendenti che hanno conseguito crediti superiori a 50	382	
TOTALE crediti ECM acquisiti da personale dipendente/convenzionato (discenti + dipendenti)		101.348
Crediti ECM acquisiti da DISCENTI dipendenti/convenzionati con iniziative interne		76.537
Crediti ECM acquisiti da DISCENTI dipendenti/convenzionati con iniziative di formazione/aggiornamento esterno		9.531
Crediti ECM acquisiti da DOCENTI con iniziative interne		9.958
Crediti ECM acquisiti da TUTOR con iniziative interne		5.322
Crediti ECM erogati a personale esterno, partecipante a iniziative di formazione aziendali		8.166
Dipendenti autorizzati a partecipare a Corsi universitari (Master, Corsi di Alta Formazione)	7	
Dipendenti con funzioni di coordinamento o direzione Corso	318	
Dipendenti con attività di docenza per attività ECM	415	
Dipendenti con attività di tutorato per attività ECM	215	

Nota: i dati indicati non sono definitivi

I DATI DI REALIZZAZIONE DEL PIANO FORMATIVO 2011

Per il 2011 la Direzione Aziendale ha assegnato alla formazione, oltre ai Fondi Vincolati appositamente destinati, lo stesso finanziamento previsto per l'anno precedente.

Costi diretti Formazione Continua anno 2011

Tipologia	Euro
Costo complessivo per la formazione del personale dipendente/convenzionato	410.822
Formazione Interna con crediti E.C.M.	273.765
Formazione Interna senza E.C.M.	6.195
Formazione esterna all'Azienda con crediti E.C.M.	106.503
Formazione esterna all'Azienda senza crediti E.C.M.	20.451
Formazione con crediti E.C.M. personale convenzionato (MMG, PLS, McA)	3.908

Nota: Le spese sono in fase di liquidazione, i dati indicati non sono definitivi

LA BIBLIOTECA ON-LINE

L'Azienda, da vari anni, è dotata di una Biblioteca Tecnico Scientifica aziendale, afferente all'U.O. Formazione, che svolge mansioni di ricerca e di diffusione dell'informazione proveniente dalla ricerca in area biomedica ed aree correlate. Favorisce l'accesso all'informazione proveniente dai risultati della ricerca scientifica e la diffusione delle metodologie più corrette per l'accesso alle fonti informative con particolare riguardo alla formazione dell'utente medico-sanitario introducendo un adeguato sistema di informazione per un aggiornamento sollecito e mirato delle attività cliniche, management della sanità e di governo clinico.

I dipendenti possono accedere, attraverso intranet aziendale, a numerose banche dati di vario interesse.

(Il dato relativo agli utenti che si sono collegati nel 2011 non è disponibile in quanto il sito web è in fase di ristrutturazione).

4.7 Sistema informativo del personale

L'attività di analisi e sviluppo dei progetti di informatizzazione è stata indirizzata alla semplificazione dei processi amministrativi e alla responsabilizzazione verso la corretta gestione del rapporto di lavoro del dipendente trovando concreta applicazione nella gestione automatizzata ed autonoma da parte del personale dipendente dei giustificativi di assenza con validazione on line da parte del responsabile.

Il progetto in argomento, sostenuto da specifici incontri informativi e di addestramento all'uso della procedura, consiste in una prima fase di avvio e di sperimentazione sulle strutture amministrative e alcuni servizi in staff alla Direzione generale. Una volta validati gli esiti della sperimentazione su strutture che non hanno, come quelle appena dette, particolari complessità legata alle presenze lavorative, il progetto verrà esteso ad altre unità operative e a tutte le causali di assenza che attualmente consumano tempo lavoro amministrativo per la loro registrazione.

L'automatizzazione del processo di giustificazione delle assenze ha riguardato, nella fase di prima applicazione e progressivamente, le ferie, mancate timbrature, recuperi ore.

Una volta a regime gli obiettivi di semplificazione che potranno essere perseguiti consisteranno nella riduzione del tempo lavoro e delle risorse amministrative fino ad ora impiegate nei passaggi cartacei e nei conseguenti oneri procedurali di "processazione", "registrazione" "archiviazione". Tale condizione consentirà una redistribuzione del personale dipendente nelle altre linee di servizio.

Ulteriore obiettivo è rappresentato dalla responsabilizzazione del personale dipendente in ordine alla corretta tenuta del cartellino che dovrebbe essere incentivata dalla riferibilità dei ritardi direttamente e in maniera evidente al soggetto che ha prodotto la necessità delle correzioni a cui per onorare tale responsabilità viene data la possibilità di visionare costantemente il proprio cartellino on line.

Il progetto, mediante la visualizzazione diretta del cartellino del dipendente ad opera del suo Responsabile, validatore delle assenze in via informatica, facilita la conoscenza delle dinamiche di presenza nella propria unità operativa e gli strumenti di governo delle presenze ed orario di lavoro.

Nel corso dell'anno di riferimento si è inoltre realizzata l'importazione dal sistema telematico INPS dei certificati di malattia per la registrazione automatica dell'assenza a tale titolo in procedura presenze-assenze per il recupero di margini di efficienza operativa e rafforzare il quadro conoscitivo dei Responsabili con visualizzazione diretta del cartellino del dipendente.

E' proseguita l'attività di analisi per l'implementazione, nei primi mesi dell'anno 2012 nell'area del cartellino WEB, del "cedolino elettronico", consultabile anche dal PC di casa dal singolo dipendente, consentendo in tal modo l'anticipazione delle informazioni sui dati stipendiali e il recupero dei costi di postalizzazione.

Sono confermate le seguenti banche dati:

v " Anagrafica del personale" , pubblicata su sito WEB del Controllo di gestione : contiene le informazioni relativo allo stato giuridico del personale, allocato per Centri di Costo e responsabilità aziendali sulla base delle comunicazioni delle Strutture aziendali.

Per l'analisi dei risultati di gestione si è strutturata e prodotta con cadenze mensili/trimestrali:

v Monitoraggio costi del personale dipendente : format specifico per verificare l'andamento mensile dei costi del personale in relazione all'obiettivo economico negoziato con la RER;

v Monitoraggio Fondi contrattuali Area Comparto e Aree Dirigenza : formats specifici per verificare l'andamento costi singoli Fondi contrattuali al fine di orientare le politiche aziendali del personale.

v Ferie : report per la verifica dell'andamento delle ferie rispetto all'obiettivo programmato e negoziato annualmente , pubblicato mensilmente sul sito WEB del Controllo di Gestione con accessibilità da parte dei Responsabili risorse umane abilitati .

v Ore: report per la verifica dell'assolvimento dell'obbligazione oraria , della gestione dello straordinario e recuperi ore, da pubblicare sul sito WEB del Controllo di Gestione con accessibilità da parte dei Responsabili risorse umane abilitati.

4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze

Come per gli anni passati, anche per il 2011, le relazioni con le rappresentanze del personale dipendente (comparto e dirigenza) sono state seguite con costante impegno e disponibilità al fine di consolidare un proficuo sistema di rapporti con le organizzazioni sindacali nel pieno rispetto della diversità dei ruoli e delle funzioni svolte. Il confronto, finalizzato ad un sistema di relazioni sindacali stabile, efficiente e orientato alla collaborazione è stato orientato alla ricerca del miglioramento della qualità dei servizi offerti alla cittadinanza e delle prestazioni lavorative del personale dipendente. L'azienda ha posto una particolare attenzione al confronto per raggiungere intese sulla disciplina del part time in un'ottica più complessiva di promozione degli istituti della conciliazione dei tempi di vita e lavoro del dipendente.

Nel 2011 si è consolidato il modello di relazioni sindacali esperito negli ultimi anni, basato sulla preminenza nelle relazioni del livello della concertazione preceduto dallo strumento contrattuale dell'informativa preventiva. Tale modalità relazionale permette di esplicitare le ragioni sottostanti le

reciproche posizioni nonché di raccogliere suggerimenti e proposte tecniche al fine di individuare forme di collaborazione e soluzioni organizzative condivise su tematiche di interesse comune.

La sessione contrattuale nel corso del 2011 è stata quindi dedicata alla elaborazione di regole e modelli relativi alla stabilizzazione in azienda dell'istituto del part time, con particolare attenzione allo sviluppo delle azioni positive per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro del personale dipendente, riservando preminenza nella relazione ai fenomeni connessi al rapporto di lavoro dipendente in grado di ampliare i margini di flessibilità nella gestione del rapporto di lavoro nonché nella continuazione di azioni finalizzate al proseguimento dell'implementazione dei processi di integrazione della funzione amministrativa tra Presidi e Distretti.

Di concerto con le organizzazioni sindacali, utilizzando gli strumenti forniti dal Collegato al lavoro (L.183/2010), l'Azienda ha intrapreso un percorso caratterizzato da interventi di valutazione delle condizioni di compatibilità organizzativa delle postazioni part time esistenti in relazione alla numerosità e idoneità della dotazione organica e alla tipologia delle attività da garantire, ponendo in essere una serie di interventi di riorganizzazione delle attività in un'ottica di aumento dell'efficienza delle prestazioni e ottimizzazione delle risorse impiegate.

L'accordo di concertazione del maggio 2011 ha permesso di intraprendere ad opera di ogni responsabile di struttura organizzativa, la valutazione di sostenibilità organizzativa del part time in relazione alla funzionalità della struttura di riferimento, consentendo l'avvio a fine 2011 della fase di rivisitazione delle postazioni part time concesse in passato ripristinando adeguati margini di sostenibilità organizzativa.

Il giudizio di sostenibilità riconosce tra i suoi criteri la assenza di condizionamenti negativi esercitati da eventuali postazioni di part time sulle esigenze aziendali rappresentate dal buon andamento delle attività, funzionalità organizzativa nella erogazione dei servizi e di puntuale fruizione da parte del personale dipendente degli istituti di assenza e presenza sul luogo di lavoro. Ciò ha consentito

- di programmare il fabbisogno di nuove postazioni part time compatibili nelle strutture organizzative;
- di modificare, adeguandole alle esigenze organizzative, le modalità di fruizione dei part time preesistenti secondo tipologie e cadenze orarie predeterminate, con flessibilità di diversa articolazione nei turni mensili delle giornate di lavoro;
- di riservare a ben determinati ambiti di attività o soggetti ad andamenti stagionali o di contatto continuo con l'utenza la possibilità di pianificare assunzioni di contratti part time a tempo indeterminato.

Il modello di gestione del part time è stato poi utilizzato dall'Azienda per partecipare all'avviso di finanziamento emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche della Famiglia presentando un progetto di più ampio respiro, denominato "Benessere e flessibilità in sanità", finalizzato alla realizzazione di azioni positive per la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di cura della famiglia ai sensi della L. 53/2000 che, tra gli istituti di conciliazione, oltre al part time, ha preso in considerazione altri interventi di flessibilità sul lavoro.

Il progetto è stata l'occasione per progettare l'avvio di uno sportello informativo virtuale e fisico di comunicazione di tutte le informazioni utili sugli istituti contrattuali di conciliazione a beneficio del dipendente oltre che la creazione di un sistema informativo di gestione del part time in modo da poter programmare e gestire le fasi di rivisitazione delle postazioni part time in correlazione agli sviluppi delle mappature di sostenibilità organizzativa.

Nel 2011 vi è stato il proseguimento del finanziamento, nell'area comparto, di processi premianti rivolti all'èquipe impegnate in progetti di miglioramento delle attività o riorganizzazione degli assetti. Contestualmente sono state poste le basi per proporre alle organizzazioni sindacali nuovi modelli premianti orientati, al monitoraggio e valutazione delle performances, anche individuali in vista di creare strumenti per il riconoscimento dell'apporto professionale dei singoli.

Nel corso del 2011, la sessione di contrattazione integrativa della dirigenza medica-veterinaria e sanitaria si è posta l'obiettivo di coniugare la crescita professionale dei dipendenti con le esigenze dell'Azienda di mantenere e/o incrementare i livelli di efficacia, efficienza e qualità dei servizi erogati alla collettività e, quindi, valorizzare la centralità dell'utenza.

La volontà di attenuare le misure di contenimento della spesa che hanno portato anche al blocco dei contratti collettivi che aveva trovato forma già negli accordi degli anni precedenti è si è sviluppata nell'anno di riferimento nella direzione di una più accentuata finalizzazione dei residui dei fondi contrattuali verso obiettivi di maggiore produttività.

Grazie a politiche di attenta e oculata pianificazione e gestione della spesa che hanno determinato la esistenza di risorse consistenti in economie accertate sugli anni precedenti è stato possibile, in accordo con le organizzazioni sindacali, finanziare strumenti incentivanti tesi da un lato, a dare una migliore risposta alle esigenze di salute del cittadino-utente, e dall'altro a premiare le performance individuali dei dipendenti.

Gli accordi sottoscritti rappresentano, quindi, uno strumento diretto ad utilizzare i sistemi premianti per valorizzare il merito tramite una efficiente allocazione delle risorse disponibili sui fondi contrattuali, con l'intento di finalizzarle al raggiungimento dell'aumento della produttività del lavoro e dell'efficienza dei servizi erogati.

In altri termini si è voluto dare un forte impulso alla caratterizzazione delle politiche dirette a premiare gli sforzi organizzativi dei professionisti, destinando le risorse residuali accertate sui fondi contrattuali, a favore del personale dipendente che si è impegnato a fornire orario integrativo per aumentare le prestazioni.

Contrattazione integrativa anno 2011

Nell'anno 2011 l'attività di confronto sindacale per l'area contrattuale del comparto e per le diverse aree della dirigenza ha portato alla sottoscrizione dei seguenti accordi:

Area comparto

- Verbale di concertazione in merito al "Progetto di integrazione fra Laboratorio Risposta Rapida e Servizio Trasfusionale (sottoscritto in data 21 gennaio 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area Comparto e la RSU Aziendale);
- Verbale di interpretazione autentica relativa all'applicazione dell'"Accordo in merito al riconoscimento dei servizi prestati presso altri Enti o Aziende del comparto sanità" del 24 settembre 2009 (sottoscritto in data 12 maggio 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area Comparto e la RSU Aziendale);

- verbale di concertazione avente ad oggetto l'approvazione del documento "Linee e criteri direttivi per la regolamentazione e per la fase di revisione dell'istituto del rapporto di lavoro a tempo parziale" (sottoscritto in data 20 maggio 2011 con le OO.SS. rappresentative del personale Comparto e la RSU Aziendale);
- Verbale di concertazione in merito ai progetti di riorganizzazione amministrativa nei Presidi e Distretti relativamente alle UU.OO. di Anatomia Patologica, Trasfusionale e Laboratorio Analisi del P.O. di Ravenna, alle UU.OO. di Radiologia e Cardiologia del P.O. di Faenza, all'integrazione tra Distretti e Presidi presso la Palazzina Amministrativa di Faenza e rimodulazione sportelli sedi decentrate di Faenza, (sottoscritto in data 13 giugno 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area comparto e la RSU Aziendale);
- Verbale di concertazione in merito alle "Linee di specificazione ed integrazione disciplina aziendale in materia di crediti orari - disciplina in materia di debiti orari personale Area Comparto" (sottoscritto in data 29 settembre 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area Comparto e la RSU Aziendale) ad integrazione del vigente Regolamento applicativo dell'"Accordo sulla definizione delle linee guida per la regolamentazione aziendale in merito all'attribuzione dei trattamenti del lavoro straordinario" stipulato in data 1° febbraio 2006, tra Azienda, le OO.SS. Area Comparto e la RSU Aziendale, del 24 aprile 2007;
- Accordo decentrato in applicazione dell'"Intesa per utilizzo risorse regionali incentivanti la flessibilità nelle Aziende del SSR" (sottoscritto in data 6 ottobre 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area Comparto e la RSU Aziendale);
- Accordo decentrato di applicazione del Progetto "Benessere e flessibilità in sanità" ai sensi dell'art. 9 Legge 53/2000 e ss.mm.ii. (sottoscritto in data 13 ottobre 2011 con le OO.SS. rappresentative dell'Area Comparto e la RSU Aziendale).

Area Dirigenza Medica e Veterinaria

- Accordo decentrato per la revisione del sistema degli incarichi dirigenziali dell'area medica del 24.11.2009 - Adeguamento del valore punto della retribuzione di posizione (sottoscritto il 31.03.2011 con le OO.SS. rea Dirigenza Medica);
- Accordo decentrato Utilizzo Residui fondi contrattuali al 31.12.2010 –AREA DIRIGENZA MEDICA (sottoscritto il 11.07.2011 con le OO.SS. Area Dirigenza Medica);
- Accordo decentrato per la revisione del sistema degli incarichi dirigenziali dell'area medica del 24.11.2009 - Utilizzo graduatoria proposte incarichi/qualificati senior (sottoscritto il 15.09.2011 con le OO.SS. Area Dirigenza Medica);
- Accordo decentrato per l'applicazione dell'istituto della Retribuzione di Risultato – Anno 2011 (sottoscritto il 10.11.2011 con le OO.SS. Area Dirigenza Medica);
- Accordo decentrato utilizzo residui fondi contrattuali al 31.12.2011 e al 31.12.2012 (sottoscritto il 10.11.2011 con le OO.SS. Area Dirigenza Medica);
- Accordo decentrato per l'applicazione dell'istituto della RETRIBUZIONE DI RISULTATO anno 2011 (sottoscritto il 01.12.2011 con le OO.SS. dall'Area Dirigenza Veterinaria);

Area Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica Amministrativa

- Percorso di attribuzione premio qualità professionale individuale. Verbale di intesa (sottoscritto il 17.06.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa).

- Ipotesi di accordo decentrato in merito alla destinazione dei residui al 31.12.2008 – 2009 e 2010. Fondi Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa, (sottoscritto il 27.12.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa);
- Ipotesi di accordo decentrato per l'applicazione dell'istituto della retribuzione di risultato - anno 2011 (sottoscritto il 27.12.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa);
- Accordo decentrato per la revisione del sistema degli incarichi dirigenziali dell'Area Dirigenza Sanitaria del 13.01.2010. Adeguamento del valore punto della retribuzione di posizione (sottoscritto in data 28.12.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria);
- Accordo decentrato per l'applicazione dell'istituto della retribuzione di risultato anno 2011 (sottoscritto in data 28.12.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria);
- Accordo decentrato per l'applicazione dell'istituto della retribuzione di risultato anno 2012 (sottoscritto in data 28.12.2011 con le OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria).

Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

L'attività prevalente su cui si è incentrata l'attività dello staff Comunicazione nel 2011 ha riguardato una rivisitazione organizzativa, con particolare riferimento alle funzioni e ai servizi deputati a sviluppare iniziative rivolte ai cittadini e alla comunicazione interna aziendale.

Il primo progetto ha riguardato la nuova ubicazione dei tre Urp aziendali all'interno delle aree ospedaliere. Collocazione che, per il numeroso afflusso di utenti, ha consentito di intercettare meglio i bisogni informativi posti dai cittadini. È stata inoltre realizzata l'unificazione fra operatori Urp e operatori del Numero Verde, finalizzata ad una maggiore competenza e conoscenza da parte di tutti gli operatori della consultazione e utilizzo delle banche dati.

Anche sul versante della gestione delle segnalazioni da parte dei cittadini sono state attivate alcune procedure che permettono di omogeneizzare fra i tre Urp le procedure di presentazione, trattamento e risposta alle istanze presentate dai cittadini, superando alcune criticità ancora presenti. In questa logica la valorizzazione delle rilevazioni del grado di soddisfazione, la tutela e ascolto dell'utenza, si pongono oggi come sfida strategica di tutto il sistema sanità e dei suoi attori. Il sistema dovrà infatti essere sempre più orientato all'utilizzo integrato dei dati di customer satisfaction e delle segnalazioni, affinché le informazioni ottenute possano divenire utili strumenti di governo dell'intero sistema sanità, in una logica finalizzata alla valorizzazione della partecipazione e coinvolgimento del cittadino.

Per quanto riguarda gli strumenti informativi dell'Azienda, si è proceduto alla realizzazione di una linea grafica per omogeneizzare e rendere più facilmente individuabili tutti i materiali comunicativi aziendali rivolti sia ai cittadini che ai dipendenti.

Per quanto attiene infine il portale web, si sta procedendo alla realizzazione di un nuovo restyling grafico che dovrà vedere anche dal punto grafico una differenziazione fra la parte internet e la intranet rivolta solo agli operatori. E' stata inoltre già acquisito un nuovo hardware con strumenti web 2.0 fra cui la piattaforma Wiki. Ciò allo scopo di potenziare gli strumenti di partecipazione e condivisione dei servizi, costruire un percorso unitario di accesso alle informazioni della vita professionale dei dipendenti e migliorare la comunicazione verso i cittadini

Le segnalazioni dei cittadini all'Azienda USL di Ravenna nell'anno 2011

L'Azienda USL di Ravenna raccoglie e gestisce le segnalazioni (reclami, rilievi, elogi, suggerimenti) presentate dai cittadini e ne analizza i risultati per attivare i necessari percorsi di miglioramento dei servizi erogati.

L'Azienda USL di Ravenna è articolata nelle tre aree territoriali di Faenza, Lugo e Ravenna in ognuna delle quali opera un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) facilitando, in questo modo, la presentazione delle segnalazioni. I cittadini hanno quindi la possibilità di andare personalmente all'URP per presentare la segnalazione, in alternativa la segnalazione può essere trasmessa via e-mail o fax. Sul sito internet dell'Azienda sono disponibili i moduli prestampati che facilitano la compilazione della segnalazione; nella gran parte delle sedi sanitarie sono inoltre presenti le cassette per la raccolta delle segnalazioni corredate dell'apposita modulistica.

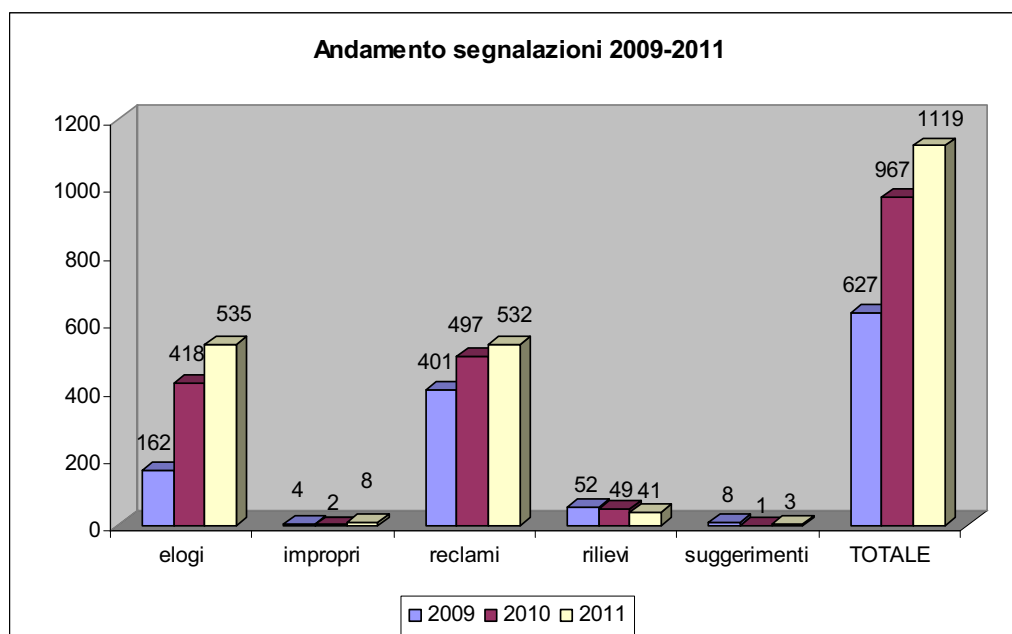
Inoltre, per facilitare la collaborazione tra operatori Urp e responsabili dei servizi, è stata creata una rete di referenti interni ai servizi che possono accedere in tempo reale ad un report condiviso che fotografa lo stato dell'arte della gestione delle segnalazioni, aggiornato quotidianamente dagli URP.

Nel 2011 sono state presentate ai tre URP aziendali **1119 segnalazioni** di cui:

- 475 per lettera
- 51 verbale/telefonica
- 205 personalmente all'URP
- 114 via e-mail
- 39 a mezzo stampa
- 10 via fax
- 203 cassetta raccolta segnalazioni

Le 1119 segnalazioni sono così suddivise:

- 535 elogi
- 8 impropri
- 532 reclami
- 41 rilievi
- 3 suggerimenti



Mentre resta costante l'andamento delle segnalazioni improprie, dei rilievi e dei suggerimenti, nel 2011 si registra un notevole aumento degli elogi e un significativo incremento dei reclami.

Chi ha presentato le segnalazioni

La grande maggioranza delle segnalazioni (1079) vengono presentate direttamente dai cittadini, in 15 di questi casi il presentatore è stato un operatore dell'Ausl. In alcuni casi gli utenti si fanno supportare da Associazioni (33) mentre sono poche le segnalazioni provenienti da altri Enti (6)

Analisi dei reclami

I 532 reclami presentati nel 2011 hanno riguardato i seguenti aspetti:

Aspetti strutturali	19
Informazione	12
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	178
Aspetti tecnici professionali	113
Umanizzazione e aspetti relazionali	71
Aspetti alberghieri e comfort	38
Tempi	50
Aspetti economici	44
Adeguamento alla normativa	4

La maggioranza dei reclami (56%) si sono concentrati sugli aspetti organizzativi, burocratici e amministrativi e sugli aspetti tecnico professionali. Sono segnalazioni che hanno a che fare prevalentemente con difficoltà nei percorsi di accesso e di cura (120) e con l'inadeguatezza delle prestazioni ricevute (66).

Da non trascurare anche i reclami relativa all'umanizzazione e agli aspetti relazionali (71) che hanno a che fare con la correttezza e la cortesia del rapporto tra l'utente e il personale dell'Azienda.

Di seguito la distribuzione dei reclami sulle strutture dell'Ausl e su quelle private convenzionate:

AREA VASTA ROMAGNA	1
CASA DI CURA DOMUS NOVA	6
CASA DI CURA S. FRANCESCO	1
CASA DI CURA VILLA AZZURRA	1
CUP AZIENDALE	14
DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE OSPEDALIERA	3
DIREZIONE INFERMIERISTICA TECNICA AZIENDALE	6
DISTRETTO DI FAENZA	12
DISTRETTO DI LUGO	25
DISTRETTO DI RAVENNA	41
FORMAZIONE DEL PERSONALE	1
MEDICINA LEGALE E ASSICURAZIONI SOCIALI	10
S.GIORGIO CERVIA	7
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICH	7

SANITÀ PUBBLICA	2
SPORTELLO UNICO AZIENDALE	35
OSPEDALE FAENZA	89
OSPEDALE LUGO	123
OSPEDALE RAVENNA	145
SERVIZIO TECNICO	3

Analisi degli elogi

Il cittadino cerca la qualità nei servizi sanitari che riceve e quindi, come per i reclami, anche una buona parte degli apprezzamenti sono rivolti agli aspetti tecnico professionali dell'assistenza sanitaria ricevuta (58%), con particolare attenzione all'adeguatezza della prestazione (151).

Un numero elevato di elogi (40%) è poi riferito alla cortesia e gentilezza degli operatori, a testimonianza dell'importanza data dai cittadini a questo aspetto della relazione.

Informazione	1
Aspetti organizzativi burocratici amministrativi	1
Aspetti tecnici professionali	315
Umanizzazione e aspetti relazionali	217
Aspetti alberghieri e comfort	1

Portale web dell'Azienda USL di Ravenna

Nel 2011 l'attività sul portale web si è concentrata essenzialmente sul passaggio ad un nuovo software *open source* per la gestione complessiva dei contenuti.

Il passaggio alla tecnologia *open source* è stato motivato dall'esigenza di dotarsi di uno strumento più flessibile che potesse essere arricchito in corso d'opera di tutte le funzionalità necessarie per rispondere alle esigenze comunicative delle varie articolazioni aziendali.

La migrazione di tutti i dati del portale web sulla nuova piattaforma gestionale si è dimostrata lunga e articolata sia per la mole di dati caricati, sia per la complessità del collegamento con la banca dati regionale del Numero Verde dalla quale proviene la maggior parte delle informazioni sui servizi e le prestazioni erogate presenti sul portale.

Parallelamente a questa attività, che si concluderà nel 2012, è naturalmente proseguita la gestione ordinaria del portale web con lo sviluppo di alcune nuove sezioni:

- Depliant - sezione che contiene tutti materiali di comunicazione prodotti dall'Ausl
- Medicina dello sport – sezione con tutte le informazioni su questi servizi e sui progetti di promozione dell'attività fisica
- Posta Elettronica Certificata (PEC) – sezione che contiene tutti gli indirizzi PEC attivati dall'Ausl per semplificare i percorsi di comunicazione con i servizi

- Frequenza volontaria – sezione con le informazioni relative all'attività svolta da laureati, diplomati e studenti con finalità di apprendimento e di aggiornamento all'interno dell'Ausl.

Numero verde aziendale

Nel corso del 2011 le campagne informative per le quali è stato maggiormente utilizzato il servizio Numero Verde, sia a livello regionale che aziendale, sono state: quella relativa alla nuova modalità per ottenere l'esenzione del ticket in base al reddito (periodo gennaio - maggio 2011, interessate circa 80.000 persone della nostra provincia) e quella sull'introduzione del nuovo ticket di 10 euro per le prestazioni specialistiche, in Emilia-Romagna non applicato per tutti indistintamente ma modulato in base al reddito, (periodo agosto - ottobre 2011, nella nostra provincia oltre 200.000 i cittadini interessati dalle nuove modalità). Come si può vedere dalla tabella, nella colonna riferita al III quadrimestre 2011, soprattutto quest'ultimo evento ha notevolmente incrementato il numero delle chiamate dei cittadini. Nel terzo quadrimestre la percentuale delle chiamate per informazioni sui nuovi ticket è stata di circa il 60% sul totale complessivo delle chiamate.

Telefonate al NV 2011	I quadrimestre	II quadrimestre	III quadrimestre
Numero Verde Regionale, I livello call center regionale	2431	2416	5182
Numero Verde Regionale, II livello aziendale	433	508	598
Totale	2864	2924	5780

L'aumento dell'utilizzo da parte dei cittadini del servizio Numero Verde è evidente anche dalla tabella seguente nella quale sono messi a confronto i dati riferiti all'anno 2010 con quelli del 2011.

Telefonate al NV	2010	2011
Numero Verde Regionale, I livello call center regionale	4.484	10.029
Numero Verde Regionale, II livello aziendale	991	1539
Totale	5.475	11.568

Ricordiamo che il Numero verde aziendale garantisce l'aggiornamento costante della banca dati, utilizzata dagli operatori del call center per fornire le risposte di primo livello e dal portale Saluter per la sezione "Guida ai Servizi on line", e quindi è coinvolto operativamente anche per quanto riguarda le risposte del I livello e per quanto riguarda le informazioni consultabili on line dai cittadini sul portale Saluter.

Capitolo 6 - Governo della ricerca e innovazione socio-sanitaria

La partecipazione dell'Azienda Usl di Ravenna ai Progetti CCM 2009

L'Azienda USL di Ravenna ha indicato nei suoi documenti di programmazione (Piano strategico Attuativo Locale – PAL, 2010-2012; Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS, 2009-2011) come l'implementazione di un sistema pianificato di gestione delle patologie croniche, secondo i principi del modello del *Chronic Care Model* (Wagner, 1998¹), si dovrà fondare, da un lato, sulla costituzione strutturata dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), come strumento operativo-gestionale, e dell'altro sulla costruzione dei registri di patologia, sulla elaborazione delle Linee Guida e dei Percorsi Assistenziali Integrati all'interno dei quali dovranno essere esplicitati con chiarezza i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e i diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte.

In quest'ottica di implementazione di un modello di *Chronic Care Model* per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche, l'Azienda ha dato il via, nel marzo del 2010, nell'ambito dei Progetti CCM 2009², al **Progetto “Comprehensive community and home-based health care model (CCHBHC) per soggetti con fragilità sociosanitaria e pazienti affetti da BPCO e scompenso cardiaco. Implementazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili in una realtà aziendale e valutazione degli strumenti più efficaci per l'applicazione del modello a livello locale”**, con l'obiettivo di attuare nell'ambito aziendale un prototipo di CCHBHC con particolare riferimento ai soggetti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con fragilità sociosanitaria.

Premesse del Progetto

Il CCHBHC ha come finalità principali quelle di aumentare l'accessibilità e la qualità delle cure prevedendo l'utilizzazione di tutte le risorse disponibili sia a livello di strutture sanitarie e sociali sia a livello di comunità, in maniera coordinata e integrata.

Per realizzare questi obiettivi, numerosi studi sottolineano la necessità di una riconfigurazione dei servizi con incentivazione di forme di “*team building*” e di competenze multidisciplinari, modalità di lavoro flessibile da parte dei professionisti ed il potenziamento dei servizi informativi con il supporto delle nuove tecnologie informatiche. Di fondamentale importanza risulta essere il coordinamento tra l'ambito assistenziale delle cure primarie e quello ospedaliero attraverso la costruzione di specifici percorsi per pazienti con patologia cronica, individuati possibilmente in fase precoce.

Nell'ambito dell'Azienda USL di Ravenna sono già attivati gruppi di lavoro che hanno prodotto linee guida per l'assistenza per i pazienti affetti da BPCO. Inoltre sono in fase di definizione strumenti per l'individuazione, attraverso modelli predittivi basati sui flussi amministrativi correnti, dei soggetti fragili e a maggior rischio di ricorso inappropriato ai servizi sanitari nell'ambito della popolazione di età ≥ 18 anni.

Il tema della continuità delle cure e dei pazienti al centro dei processi sanitari è da decenni oggetto di studi di *management* sanitario, affiancandosi a concetti quali “*disease management*” e “*case management*”. Anche gli strumenti necessari per la realizzazione della continuità assistenziale e del coordinamento delle cure ai malati cronici sono oggetto di valutazione.

¹ Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1:2-4.

² L'elenco dei Progetti Ccm 2009, individuati dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), è disponibile al seguente link: <http://www.ccm-network.it/programmi/2009>

L'Azienda USL di Ravenna ha introdotto da settembre 2009 due nuove figure assistenziali: il **medico e l'infermiere di riferimento del caso**. Queste figure diventano elementi chiave nell'implementazione di percorsi integrati ospedale-territorio per le patologie croniche con particolare riferimento a BPCO e scompenso cardiaco.

Obiettivi del progetto

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del Progetto era implementare in siti pilota, a livello distrettuale, un modello "comprensivo", tipo CCHBHC, di presa in carico di pazienti affetti da BPCO e Scompenso Cardiaco e con fragilità sociosanitaria. Questo modello ha lo scopo di porre il paziente e la sua famiglia al centro delle cure e di valorizzare il contributo degli individui, della comunità e dei professionisti. A questo proposito per una migliore (più efficace ed efficiente) utilizzazione delle risorse aziendali la finalità era quella di stratificare i pazienti per patologia e grado di fragilità e applicare operativamente percorsi coordinati che prevedano integrazioni strutturate fra professionisti e fra *setting* assistenziali.

L'implementazione del modello, sostenuto dalle numerose evidenze di letteratura, ha la caratteristica di verifica di fattibilità con l'individuazione degli steps necessari, la loro sequenza, i fattori critici e i fattori favorevoli (dall'*efficacy* all'*effectiveness*). Il fine successivo era quello di utilizzare questa lezione per la disseminazione e l'implementazione del modello in tutto il territorio aziendale ed eventualmente in altre realtà regionali ed extraregionali.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. Validare un Registro di patologia per BPCO per l'assistenza sanitaria integrata territoriale, specialistica e ospedaliera;
2. Validare algoritmi per l'individuazione dei soggetti con diversi gradi di fragilità socio-sanitaria;
3. Disseminare i contenuti e gli obiettivi del progetto alla comunità locale per mobilitare risorse umane e materiali;
4. Individuare a livello di Distretto un team multidisciplinare, leader del progetto, e formare, sul modello di presa in carico e sui percorsi, in maniera integrata: i MMG, i medici specialisti, gli infermieri e gli operatori sociali;
5. Individuare e implementare Percorsi Assistenziali Integrati per i pazienti affetti da BPCO e Scompenso Cardiaco, presenti nel Registro di patologia, nonché la presa in carico complessiva dei pazienti con diverso grado di fragilità, a cui sono assegnati percorsi differenziati attraverso il coordinamento della comunità/famiglia, cure territoriali, assistenza specialistica, servizi sociali;

Setting

Sono stati individuati nell'ambito territoriale aziendale, come oggetto della sperimentazione, 3 Nuclei di Cure Primarie (NCP) afferenti ai 3 Distretti di Lugo, Faenza e Ravenna:

- R01 - Russi, Piangipane, Roncalceci (Distretto di Ravenna);
- L02 - Bagnacavallo, Villanova di Bagnacavallo, Cotignola (Distretto di Lugo);
- F02 - Faenza B (Centro Sud – Brisighella) (Distretto di Faenza).

Il nucleo di Russi è composto da 14 MMG per un totale di 15.788 assistiti. Il nucleo di Bagnacavallo è composto da 18 MMG, associati in tre medicine di gruppo, per un totale di 23.179

assistiti. Il nucleo di Faenza è composto da 18 MMG per un totale di 17.291 assistiti (popolazione al 31/12/2009).

Risultati del Progetto

Obiettivo specifico 1

- La prima fase del Progetto è stata rivolta all'individuazione dei pazienti affetti da BPCO e aveva come obiettivo specifico quello di creare, da flussi amministrativi correnti, un Registro dei pazienti con BPCO. Gli assistiti affetti da BPCO sono stati individuati attraverso la costruzione di un algoritmo ricavato con l'utilizzo di fonti informative correnti.

L'algoritmo ha portato alla individuazione di 1890 pazienti con sospetta BPCO, distribuiti secondo le fonti informative nei tre NCP come riportato in Tabella 1.

Una volta individuati da fonti informative correnti i pazienti potenzialmente affetti da BPCO, sono state predisposte verifiche con i dati presenti nelle cartelle cliniche dei MMG attraverso una check list predisposta ad hoc che è stata distribuita ai MMG. 39 MMG su 49 coinvolti nel progetto hanno fornito i dati relativi ai loro assistiti, per un totale di 1458 pazienti (77,1 % di quelli individuati dall'algoritmo) verificati dai MMG (vedi Tabella 2).

Tabella 1. Pazienti con sospetta BPCO individuati dall'algoritmo e fonti informative corrispondenti.

Fonte informativa	NCP Russi		NCP Bagnacavallo		NCP Faenza	
	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)
SDO	63	10,5	97	14,5	60	13,3
AFT	453	75,2	480	71,7	337	74,9
O2	5	0,8	3	0,4	0	0,0
SDO-AFT	65	10,8	71	10,6	43	9,6
SDO-O2	1	0,2	2	0,3	0	0,0
O2-AFT	6	1,0	7	1,1	3	0,7
SDO-O2-AFT	9	1,5	9	1,4	7	1,6
TOTALE	<i>602</i>	<i>100</i>	<i>669</i>	<i>100</i>	<i>450</i>	<i>100</i>

Tabella 2. Risultati della validazione effettuata dal MMG per i pazienti con sospetta BPCO.

	NCP di Russi		NCP di Bagnacavallo		NCP di Faenza		Totale	
	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)
BPCO SI	272	55,7	341	65,6	185	41,1	798	54,7
BPCO NO	149	30,6	94	18,1	146	32,4	389	26,7
DA VERIFICARE	67	13,7	85	16,3	119	26,5	271	18,6
TOTALE	<i>488</i>	<i>100</i>	<i>520</i>	<i>100</i>	<i>450</i>	<i>100</i>	<i>1458</i>	<i>100</i>

Al Registro sono quindi stati aggiunti i pazienti non individuati dall'algoritmo, ma segnalati dal MMG come affetti da BPCO ("falsi negativi"; vedi Tabella 3).

La verifica dei MMG poteva essere basata sui dati clinici e/o su eventuali dati spirometrici registrati dai MMG: dalla compilazione della check-list risulta che solo il 38,6% dei pazienti BPCO confermati dai MMG aveva effettuato una spirometria.

Tabella 3. Soggetti “falsi negativi” segnalati dai MMG (non individuati dall’algoritmo diagnostico).

	NCP di Russi		NCP di Bagnacavallo		NCP di Faenza	
	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)	Pazienti (N)	Pazienti (%)
BPCO SI (con spiro)	9	45	13	26	12	12,4
BPCO SI (solo cl.)	1	5	37	74	56	57,7
BPCO da verificare	10	50	0	-	29	29,9
Totale	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>50</i>	<i>100</i>	<i>97</i>	<i>100</i>

Per raccogliere informazioni dettagliate circa le condizioni cliniche, i dati spirometrici, la stadiazione della patologia, le terapie somministrate, l’abitudine al fumo, le condizioni socio-ambientali e la qualità della vita, è stato predisposto dai ricercatori del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell’Università di Bologna un apposito questionario. Le interviste sono state effettuate da medici ricercatori del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell’Università di Bologna da luglio 2011 a dicembre 2011.

Hanno effettivamente acconsentito a partecipare al Progetto solo due dei tre NCP individuati inizialmente (R01 e L02); sono stati contattati 635 pazienti con BPCO confermata dal MMG, per un totale di 453 interviste effettuate (71,3% dei pazienti contattati).

Obiettivo specifico 2

L’Azienda Usl di Ravenna ha promosso un progetto di individuazione degli anziani autosufficienti a rischio di fragilità, tramite l’utilizzo delle banche dati informatizzate presenti in ambito sanitario, al fine di effettuare uno screening su tutta la popolazione residente, individuando i soggetti maggiormente a rischio di fragilità, su cui attivare interventi di contatto, connettivi (inserimento nei circuiti informali di relazione e sostegno) e preventivi ad opera dei Servizi Anziani e del Volontariato.

Per individuare i soggetti con diverso rischio di fragilità sanitaria, il gruppo di lavoro aziendale ha raccolto nel corso del 2008 le informazioni disponibili su tutta la popolazione residente di età ≥ 18 anni relativi ai 2 anni precedenti, collegando le informazioni presenti nei diversi flussi informativi sanitari (Scheda di Dimissione Ospedaliera, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Specialistica Ambulatoriale, Pronto Soccorso) e socio sanitari (Dati dei Servizi Sociali Comunali, Assistenza Domiciliare Integrata, Assegni di cura, Strutture residenziali, Dipartimento di Salute Mentale).

Una volta creato questo database “integrato”, è stato possibile, utilizzando il logaritmo messo a disposizione in Gran Bretagna dal NHS individuare per ogni soggetto il livello di rischio di fragilità sanitaria, ossia è stato possibile stimare la probabilità per ogni persona di avere nel corso di un anno un ricovero ospedaliero urgente. Tale grado di rischio è stato successivamente riassunto in 4 classi: altissimo rischio, alto rischio, rischio moderato e basso rischio. Complessivamente, il lavoro di integrazione dei diversi flussi informativi si è concluso con la creazione di un’Anagrafe di Fragilità Socio-Sanitaria.

I risultati preliminari sono stati presentati in occasione del seminario "Fragilità - Strategie per la programmazione, l'assistenza proattiva e la valutazione dei servizi" tenutosi a Ravenna il 5 Novembre 2010.

L'Indice di Rischio della fragilità è calcolato periodicamente a partire dalle banche dati elettroniche, sanitarie e sociali, e può essere integrato con ulteriori indicatori (socio-economici, di funzionalità e ambientali) domandati direttamente al soggetto tramite l'utilizzo della Carta del Rischio della fragilità.

Occorre determinare inoltre quale sia la migliore gestione della malattia cronica che il paziente può eseguire con le risorse a sua disposizione, cioè in che misura il paziente sia in grado di assumere i provvedimenti necessari a questa gestione: assumere continuativamente i farmaci e aderire al piano terapeutico, recarsi alle visite di controllo, prenotare gli accertamenti e recarsi effettivamente. Occorre quindi misurare la fragilità anche in termini di presenza o meno di persone di riferimento/sostegno.

Il tema della Fragilità è stato oggetto di dettagliata trattazione nel precedente Bilancio di Missione 2011.

Obiettivo specifico 3

Per quanto riguarda la disseminazione dei contenuti alla comunità locale, il gruppo di lavoro sulla comunicazione, disseminazione del progetto e iniziative di promozione/educazione sanitaria ha organizzato insieme ai rappresentanti della Conferenza Sanitaria Territoriale Sociale e Sanitaria e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti il Convegno che si è tenuto il 13 Aprile 2011, dal titolo "Il cuore della cura - Diritti non solo sulla carta: dare senso al valore della parola" (la Figura 1 riporta la locandina del convegno), per favorire la disseminazione dei percorsi sperimentali avviati dall'Azienda Usl, tra cui i contenuti e gli obiettivi del progetto, alla comunità locale. I rappresentanti della Conferenza hanno partecipato agli incontri in preparazione del convegno e il Presidente della Conferenza e il Sindaco di Ravenna hanno svolto sul tema due interventi nella sede del convegno.

Il convegno ha affrontato i temi dei percorsi integrati per malati cronici e in particolare dell'integrazione ospedale-territorio: questione ricorrente e purtroppo irrisolta. Non può comunque essere accantonata nonostante le difficoltà operative perché a detta di tutti gli attori intervenuti è assolutamente strategica in un sistema moderno di welfare. Non è più concepibile un territorio costituito da un insieme di microreti ciascuna delle quali è costituita dall'ospedale, dalla assistenza territoriale più o meno interconnessa al suo interno comprese le funzioni proprie del post-acuzie e dell'ospedalizzazione domiciliare.

Fra gli strumenti per promuovere l'integrazione durante il convegno è stata discussa la presenza nell'ambito dei servizi di vecchie e nuove figure di collegamento, in particolare il Medico e Infermiere di Riferimento per i percorsi di cura. Altro tema di particolare interesse per la costruzione di percorsi a misura di paziente è quello della possibilità di avvalersi di un secondo consulto medico (Secondo Parere) e della garanzia della prestazione entro i tempi di attesa previsti (Percorso di garanzia).

Obiettivo specifico 4

Il Progetto ha portato all'individuazione dei Gruppi di lavoro multidisciplinari (MMG, Infermieri, Specialisti ospedalieri, Medici di organizzazione) per:

- la mappatura epidemiologica locale della cronicità
- la costruzione e validazione dei percorsi da attuare

- l'acquisizione di strumenti tecnici, organizzativo-gestionali, indispensabili per l'implementazione degli ambulatori territoriali per la gestione del paziente affetto da patologia cronica.

I professionisti membri dei team multidisciplinari individuati hanno partecipato al percorso formativo dedicato "Percorso di formazione per professionisti medici ed infermieri coinvolti nell'implementazione di ambulatori territoriali per la gestione del paziente con patologia cronica: BPCO".

L'attività formativa ha coinvolto il personale dei tre NCP partecipanti alla sperimentazione (NCP: R01, L02 e F01) e del NCP R02. A MMG e infermieri è stato offerto un programma formativo dedicato, organizzato seguendo una metodologia didattica di tipo frontale interattiva docente/discenti, finalizzato alla costruzione dei percorsi e alla acquisizione di strumenti tecnici e organizzativo-gestionali, indispensabili per l'implementazione degli ambulatori territoriali per la gestione del paziente affetto da patologia cronica. Gli obiettivi formativi comprendevano:

- conoscere il contesto organizzativo e legislativo del Sistema sanitario, nazionale e locale
- riconoscere il ruolo e le competenze professionali del Medico e dell'Infermiere
- conoscere ed applicare il modello clinico-assistenziale del CCM
- sviluppare il ruolo dei professionisti in tema di *counselling* e *empowerment*
- conoscere l'eziologia e gli aspetti epidemiologici della BPCO e dello Scompenso Cardiaco
- conoscere gli strumenti diagnostico-terapeutici per la BPCO: linee guida ed evidenze scientifiche, la spirometria e l'uso dello spirometro e dell'ECG
- prevenzione primaria e secondaria
- costruire banche dati, pianificare un programma di follow up.

Il corso, valutato ECM, è stato strutturato in:

- 4 moduli formativi per un complessivo di 40 ore di formazione residenziale (dal 27 gennaio al 26 maggio 2011)
- un 5° modulo di 36 ore di formazione sul campo (dal 18 aprile al 20 dicembre 2011)
- un corso di emergenza-urgenza cardiopolmonare *retraining*-BLSD (4 ore di formazione).

Nei tre NCP partecipanti alla sperimentazione sono stati inoltre predisposti gli ambulatori infermieristici per la gestione integrata della patologia cronica e per l'effettuazione delle prestazioni infermieristiche di base. Negli ambulatori sono state allestite le tecnologie sanitarie (spirometri, elettrocardiografi) e informatiche (computer con adeguamento dei programmi alle necessità della cartella infermieristica) e gli arredi.

È stata elaborata, in collaborazione con il Servizio Informatico Aziendale, i professionisti infermieri e i MMG, la cartella infermieristica integrata informatizzata (marzo 2011) sulla gestione integrata della patologie croniche, e la scheda prodotta dal gruppo di lavoro è presentata in seduta plenaria, per la condivisione con i Coordinatori di NCP, nel maggio 2011.

Obiettivo specifico 5

Sono stati delineati dai gruppi di lavoro multidisciplinari aziendali percorsi integrati per BPCO e scompenso cardiaco oggetto di implementazione nei tre NCP pilota.

Conclusioni

Un contesto strutturato come quello dell'Emilia-Romagna, di cui l'Azienda USL di Ravenna fa parte, può sicuramente favorire una riorganizzazione dei servizi socio-sanitari fondata in primo luogo sul passaggio da un modello di "medicina di attesa" a un "modello di medicina di iniziativa" che, nell'ambito in particolare delle patologie croniche, possa portare ad un rallentamento del

decorso della patologia cronica concentrando gli interventi (*counseling*, prevenzione secondaria, *disease management* secondo percorsi evidence-based definiti e condivisi) nelle fasi iniziali della patologia o comunque prima che questa si aggravi. Lo sviluppo ulteriore della medicina di iniziativa, con l'applicazione di un modello di *expanded chronic care*, porterà il valore aggiunto di poter intervenire (prevenzione primaria) nelle fasi iniziali della patologia e nei soggetti a rischio anche, e soprattutto, utilizzando leve non sanitarie.

Questo percorso di riorganizzazione dell'assistenza deve innanzitutto coinvolgere tutti gli attori, garantendo una vera integrazione tra i servizi. Dovrà quindi prevedere una precisa definizione del "caso", per consentire la corretta individuazione e il reclutamento dei malati, che dovranno essere inseriti all'interno dei percorsi clinico-assistenziali e quindi monitorati nel tempo, accompagnati lungo tutto il decorso della malattia.

Il reclutamento dei pazienti non può prescindere dalla loro adeguata informazione e dal loro attivo coinvolgimento, anche nella definizione del loro specifico percorso assistenziale e terapeutico.

Per raggiungere il traguardo della riorganizzazione in senso proattivo dei servizi, le Case della Salute, vera e innovativa evoluzione in un'ottica di integrazione e interdisciplinarietà dei NCP, costituirebbero il luogo privilegiato per il follow up dei pazienti con patologia cronica in ambito territoriale, dove garantire, oltre all'appropriatezza clinica ed organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti.

Nell'ambito dell'Azienda USL di Ravenna, con il Progetto CCM 2009, è stato fatto un primo passo verso questo obiettivo, nell'ambito specifico dei soggetti affetti da BPCO.

La sperimentazione ha portato alla costruzione di un Registro per l'individuazione dei pazienti e ha previsto la formazione multiprofessionale dei professionisti medici ed infermieri, che costituiranno il team assistenziale che prenderà in carico il paziente affetto da BPCO, per potenziarne le competenze specifiche relative alla gestione clinico-assistenziale del paziente.

Il Progetto CCM e gli altri percorsi sperimentali dell'Azienda sono stati oggetto di una campagna di comunicazione alla comunità locale in particolare con l'organizzazione del Convegno "Il cuore della cura - Diritti non solo sulla carta: dare senso al valore della parola", che ha visto coinvolti in prima persona i rappresentanti della Conferenza Sanitaria Territoriale Sociale e Sanitaria e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti.

Il Progetto ha previsto anche la predisposizione, presso i tre NCP oggetto della sperimentazione, degli Ambulatori per patologia cronica, nei quali i pazienti del Registro BPCO devono essere seguiti e monitorati nel tempo, per la corretta valutazione del decorso della loro malattia e della qualità della vita.

Un'importante criticità che è emersa nel corso dei lavori per l'attivazione degli ambulatori è relativa al coinvolgimento nella parte sperimentale del Progetto dei MMG, che ha presentato rallentamenti legati ai rinnovi degli accordi contrattuali dei medici stessi. Tale criticità è peraltro attualmente oggetto di studio e sarà ulteriormente indagata e descritta nel corso della ricerca. Per questi motivi è stata richiesta e ottenuta la proroga di ulteriori 12 mesi per consentire il pieno raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto⁴.

⁴ L'Accordo Integrativo Locale (AIL) 2012-2013 con la Medicina Generale è stato siglato dall'Azienda USL di Ravenna in data 23 Marzo 2012

Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

L'organizzazione per programmi centrati sul destinatario nell'AUSL di Ravenna

Le ragioni del progetto

Tra le aree d'interesse prioritario del primo Piano sociale e sanitario dell'Emilia Romagna, molte sono quelle che richiamano la necessità che il sistema sanitario e sociale regionale promuova e supporti lo sviluppo di nuove competenze e la diffusione di buone pratiche organizzative e gestionali: integrazione per il nuovo welfare, reti integrate di servizi, innovazione nel governo dell'assistenza, comunicazione, partecipazione e centralità del cittadino.

La riforma necessaria prende avvio da un contesto caratterizzato da una molteplicità di fattori e determinato da una pluralità di cambiamenti come, per esempio, la trasformazione epidemiologica e demografica, i problemi dell'accessibilità, il dibattito "pubblico-privato" sulla presa in carico degli utenti, la diminuzione delle risorse.

Emerge sempre più la necessità di rispondere adeguatamente ai bisogni della persona nei percorsi di cura, sviluppando un approccio multiprofessionale, multidisciplinare e integrato tra i diversi livelli di assistenza, che metta in gioco in maniera cooperativa una rete di attori: enti locali, enti del SSN (AUSL, AOSP, IRCCS), gruppi di cittadini, comunità.

Un programma centrato sul destinatario è un insieme di servizi sanitari e sociali integrati, destinati a una specifica popolazione di riferimento che si configura come il punto di partenza e il punto di arrivo della traiettoria di cura.

La realizzazione del programma implica la condivisione dell'obiettivo nei tre livelli del sistema di cura (il livello micro dei professionisti, il livello meso delle organizzazioni e il livello macro della società), un'equipe multidisciplinare, la disponibilità di risorse umane, materiali, finanziarie, informative e di comunicazione.

L'organizzazione dei servizi per "programmi centrati sul destinatario" si realizza nell'ottica della integrazione dell'area sociale e sanitaria (ma anche, per certi versi, dell'area dei servizi educativi, del lavoro, dell'ambiente), attraverso strumenti misurabili sotto il profilo della qualità della cura per la persona destinataria del programma. Per l'azienda sanitaria, l'impegno principale è di trascendere le barriere esistenti all'interno dell'organizzazione tra singoli dipartimenti, tra unità operative, tra territorio e ospedale.

Questo cambio di paradigma sul versante della struttura organizzativa e dei processi di lavoro richiede un investimento culturale notevole, per creare un ambiente favorevole, capace di accompagnare l'evoluzione ed accogliere l'innovazione.

L'impegno per l'Azienda Sanitaria è quindi anche quello di adottare politica formativa del personale per aree di intervento e orientata allo sviluppo di competenze "di confine", di nuovi saperi, integrati tra discipline e professioni, alla ricerca di soluzioni condivise. Sulla base delle esperienze già documentate di organizzazione per programmi, questo favorisce la costituzione di reti assistenziali a cui partecipano servizi di natura diversa e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti che, a vario titolo, giocano un ruolo importante per l'affermazione del diritto alla salute come diritto di cittadinanza (nel nostro caso, in primis, professionisti e utenti dei servizi, ma anche Enti locali, Aziende sanitarie, Aziende di servizi alla persona, soggetti del terzo settore, privato profit, scuola, associazioni, forze sociali).

Obiettivi e strategia (dove vogliamo andare e come)

Obiettivo generale nel quale s'inserisce questo progetto è migliorare la qualità della presa in carico dei problemi di salute di specifici gruppi di popolazione da parte della rete dei servizi sanitari,

sociali ed educativi che operano nel territorio di riferimento dell'Azienda USL di Ravenna, garantendo il massimo di sostenibilità economica e sociale.

Intendiamo muoverci in questa direzione, innovando la pratica dei servizi su tre dimensioni:

1. Attraverso una strategia, che abbiamo scelto di adottare, che fa riferimento ai principi dell' "innovazione aperta", della "cooperazione orizzontale" e dello sviluppo del "capitale sociale" sia interno che esterno all'Azienda
2. Utilizzando per il cambiamento tutte le principali leve identificate dal Progetto regionale "Coltivare l'innovazione"⁵ e, in particolare, lavorando per aumentare la comprensione, la fiducia, la partecipazione dei cittadini nella progettazione delle cure e nella valutazione dei loro risultati.
3. Ri-orientando l'organizzazione per target di popolazione, operando quindi la scelta di un diverso modello organizzativo: un certo numero di "programmi centrati sul destinatario" completeranno la matrice organizzativa dell'AUSL, facendo evolvere e integrando l'attuale disegno organizzativo basato esclusivamente sui dipartimenti e separato tra livelli di assistenza (possibilità peraltro, già prefigurata anche dall'Atto aziendale e dal Piano Attuativo Locale).

Risultati attesi dal progetto per l'AUSL di Ravenna

I risultati attesi nel triennio 2011–2013 sono sia di tipo culturale che strutturale-organizzativo.

Nel 2011 sono stati avviati tre Laboratori di ricerca/intervento sulla organizzazione per programmi:

- Salute e benessere mentale
- Salute delle giovani generazioni
- Cure integrate per le persone con esperienza di tumore

Nella pratica, intendiamo entro il triennio:

- diffondere nell'AUSL di Ravenna la cultura della cooperazione orizzontale migliorare le competenze dei professionisti nei campi della pianificazione e della valutazione degli interventi sanitari e sociali in relazione agli specifici bisogni della popolazione di riferimento (perché? per chi? in quale modo?)
- avviare forme di progettazione partecipata coi cittadini
- identificare popolazioni target per le quali attivare una linea di programma
- identificare, con la partecipazione dei cittadini, le dimensioni della qualità da garantire attraverso ciascun programma
- valutare, con la partecipazione dei cittadini, le distanze tra la qualità osservata e quella attesa

⁵ Queste le leve identificate nel Progetto Regionale nel 2010:

- aumentare la comprensione, la fiducia, la partecipazione dei cittadini; della comunità e degli stakeholders,
- far partecipare i cittadini alla valutazione dell'organizzazione e dei suoi risultati,
- ricercare e sviluppare i talenti nelle/per le organizzazioni
- utilizzare il confronto sistematico dei risultati e la "veglia strategica" come pratiche correnti
- ri-orientare l'organizzazione per target di popolazione
- dare priorità al lavoro sulla cultura, piuttosto che a quello sulla struttura, della qualità
- ridisegnare contenuti, percorsi e modalità della rendicontazione

- Identificare gli esiti attesi di ciascun programma
- identificare nuove funzioni/ruoli chiave per la gestione dei programmi
- costruire lo scenario del programma a 5 anni
- nominare i responsabili
- costituire il gruppo di pilotaggio per ogni programma
- costituire un gruppo di coordinamento aziendale dei programmi, in capo alla Direzione Sanitaria aziendale
- Identificare per ogni programma obiettivi annuali e pluriennali, piani di formazione e sviluppo delle competenze degli operatori, sistemi di indicatori per la valutazione delle performance e della qualità, sistemi di rendicontazione dell'attività e dei risultati.

Le attività previste dal progetto si stanno tutte svolgendo regolarmente.

Di seguito un diagramma delle fasi e tempi del progetto.

Nell'autunno 2012 sarà reso disponibile il Piano della sperimentazione 2013.

Fasi e tempi

ATTIVITA'	Ge fe	Ma ap	ma gi	lu ag	se ot	no di	NOTE
2011 PRIMA FASE							
Indirizzi dalla Direzione							Identificazione obiettivi, selezione Programmi da sperimentare
Preparazione ambiente wiki, progettazione del percorso didattico, selezione tutors							In collaborazione con docenti UQAM
Creazione partnership e composizione dei gruppi di progetto							Un gruppo per ciascun programma, multidisciplinare, multiprofessionale e interistituzionale
Startup del progetto: primo seminario di studio							Inizio luglio- Partecipano tutti i componenti dei gruppi di progetto
Percorso e-learning (3 aule virtuali, una per ciascun programma) per l'analisi del campo strategico di ciascun programma							Percorso tutorato a distanza, con incontri mensili in presenza
Pianificazione del percorso didattico sulla progettazione dei servizi partecipata dai cittadini							In collaborazione con docente SISSA
2012 SECONDA FASE							
Preparazione alla conduzione delle sessioni di progettazione partecipata con i cittadini, specifiche per ciascun Programma							Analisi delle criticità, individuazione dei pubblici da invitare, scelta delle tecnologie
Eventi di progettazione partecipata							Si prevedono 1-2 iniziative per ogni programma
Secondo seminario di studio e restituzione							Finalizzato a completare il documento di progetto per la sperimentazione
Presentazione e discussione del Piano della sperimentazione							
Fasi preparatorie della sperimentazione							Linnee strategiche, indirizzi di budget, piano formativo...
2013 TERZA FASE							
Sperimentazione sul campo							

Output del progetto

Nel corso primo anno sono stati prodotti i seguenti output:

- Formato di intervento didattico di start-up della sperimentazione

Il seminario di start up può essere replicato in ciascuna delle aziende partecipanti nella pratica, è già stata realizzata una seconda edizione dello start up per l'Ausl di Imola, nel giugno 2012, in occasione dell'avvio di tre nuovi Programmi. Una ulteriore edizione verrà realizzata per AUSL di Parma).

- Sito internet del progetto

Reperibile all'indirizzo www.ausl.ra.it attraverso la Home Page dell'AUSL di Ravenna. Consente di pubblicare informazioni sull'andamento del progetto e permette l'accesso alle pagine interattive attraverso le quali si realizzerà la collaborazione coi cittadini.

- Ambiente wiki accessibile a tutti i partecipanti al progetto, all'indirizzo www.ausl.ra.it/wiki

Consente a tutti i partecipanti a vario titolo di istituzioni e aziende coinvolti nella sperimentazione di condividere documentazione, ambienti di studio e di lavoro comune e svolgere a distanza le fasi di progettazione richieste dalle varie tappe del progetto. Rappresenta anche l'ambiente nel quale si svolgono le azioni di e-learning previste dal progetto. Tutti gli strumenti del web sociale sono integrati nell'ambiente, grazie alla politica di gestione della comunicazione web adottata dall'AUSL di Ravenna.

- Banca dati di documentazione sulla organizzazione per programmi

Comprende anche il materiale e le relazioni prodotte in occasione dello stage che ha permesso di visitare un certo numero di Programmi centrati sul destinatario attivi da alcuni anni in Québec (Ca)

-Per ciascun Programma sono stati prodotti alcuni documenti essenziali per la sperimentazione:

- ✓ Identificazione delle popolazioni target
- ✓ Analisi degli stakeholder e politiche per il loro coinvolgimento
- ✓ Analisi delle aspettative e dei bisogni delle popolazioni target
- ✓ Identificazione di nodi critici della qualità dei servizi in termini di organizzazione e risultati, da discutere con i cittadini nelle sessioni di progettazione partecipata
- ✓ Identificazione delle linee di programma da attivare per la sperimentazione (alcune linee per ciascun programma, centrate su specifici sottogruppi di destinatari)
- ✓ Formato e report della realizzazione sperimentale dei primi eventi di progettazione partecipata, attuabili con diverse tecniche e metodologie
- ✓ Identificazione di alcuni ruoli/funzioni chiave e dei loro profili di competenza, da sperimentare in ciascun programma, che configurino l'acquisizione nuove competenze e l'agire nuove pratiche caratteristiche del modello organizzativo integrato e coordinato tra livelli e professioni (ad esempio: network managers, medici e infermieri di riferimento, direttori clinici e gestionali dei programmi)

- **Progetto di fattibilità per la gestione di un blog di Programma** gestito da operatori in collaborazione con volontari

- **Progetto di fattibilità per il rilascio di Data set di dati sulla qualità dei servizi erogati** (in collaborazione col Progetto Open Data della Regione Emilia Romagna).

Tutti gli output sono in fase di pubblicazione sul sito internet dell'AUSL di Ravenna, nella pagina web dedicata al Progetto.