

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

BILANCIO di MISSIONE

Azienda USL di Rimini

anno 2013



Il ponte di Tiberio è stato edificato durante l'epoca dell'antica Roma. La sua costruzione iniziò nel 14 d.C. sotto il governo di Augusto mentre il termine dei lavori si ebbe nel 21 d.C., sotto il governo di Tiberio.

A cura di:

Mirco Tamagnini

Direttore, Distretto di Rimini

Fabio Semprini

Collaboratore Amministrativo, Distretto di Rimini

Un ringraziamento a tutti coloro che a vario titolo hanno contribuito alla realizzazione del documento.

Introduzione del Direttore Generale

Le Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini si presentano al consueto appuntamento con il Bilancio di Missione, in un contesto organizzativo mutato rispetto all'esercizio cui il documento annuale di rendicontazione si riferisce. Dal 1 gennaio 2014 infatti, con la costituzione della Azienda Usl della Romagna (Legge Regionale n. 22/2013), le quattro Aziende hanno cessato di esistere, confluendo in un unico nuovo soggetto organizzativo.

Nel rispetto dell'assetto istituzionale vigente per tutto l'esercizio 2013, si è ritenuto comunque di predisporre quattro distinti documenti a rendicontazione dei risultati dell'attività svolta da ciascuna delle preesistenti Aziende Usl.

I documenti, come ogni anno, rispettano il contenuto informativo previsto da indicazioni regionali, articolandosi nei seguenti sette capitoli:

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. Governo della Ricerca e Innovazione
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il documento è strutturato in modo da soddisfare in primo luogo le esigenze conoscitive della Regione Emilia – Romagna e della 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 necessariamente compongono il quadro di rendicontazione.

Nel capitolo n. 1 "Contesto di Riferimento", trovano descrizione le caratteristiche e gli aspetti del territorio dell'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 si è scelto di focalizzare l'attenzione sulle principali variazioni eventualmente osservate nell'anno 2013, 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 n. 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 dell'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 ciascuna delle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza collettiva, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale);
- l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Nel capitolo n. 3 "Obiettivi istituzionali e strategie aziendali", rendiamo conto del livello di perseguimento degli obiettivi di salute in capo all'Azienda per l'anno 2013.

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 capitolo coerentemente con le indicazioni programmatiche di cui alla D.G.R. 199/2013 "linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013".

Il capitolo n. 4 "Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione", delinea una sorta di "carta d'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 Azienda.

Il capitolo n. 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 alcuni dei progetti di ricerca avviati dall'Azienda, ritenuti più significativi per le finalità di rendicontazione del presente documento.

Per l'ex Azienda Usl di Ravenna, in questa edizione, non trova rappresentazione il capitolo in tema di "ricerca e innovazione", in quanto i progetti di ricerca avviati trovano trattazione nell'ambito delle specifiche aree di intervento. Le iniziative formative realizzate per perseguire e favorire un ambiente culturale favorevole nonché quelle relative alla accessibilità all'informazione e alla documentazione scientifica, trovano invece trattazione nel capitolo 4 nell'ambito della più complessiva attività di formazione attuata nell'Azienda.

Infine, nel "capitolo 7", trovano descrizione alcuni progetti realizzati nel corso dell'anno particolarmente significativi per l'impatto sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi.

INDICE

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Pag.1

NOTE DI SINTESI: CONTESTO DI RIFERIMENTO	2
1.1 IL TERRITORIO	4
1.1.1 Collocazione geografica	4
1.1.2 Distribuzione territoriale della popolazione residente	4
1.2 AMBIENTE	5
1.3 POPOLAZIONE	8
1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente	8
1.3.2 Anziani	9
1.3.3 Famiglie residenti e numero componenti	9
1.3.4 Stranieri	10
1.3.5 Natalità	11
1.3.5 Soggetti in condizioni di marginalità e potenzialmente portatori di bisogni	12
1.4 CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE	15
1.4.1 Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	15
1.4.2 Tenore di vita	17
1.5 OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE	18
1.6 STILI DI VITA	23
1.6.1 Attività fisica	23
1.6.2 Stato nutrizionale	23
1.6.3 Abitudine al fumo	24
1.6.4 Consumo di alcol	24
1.6.5 Percezione dello stato di salute e salute mentale	25
1.7 SICUREZZA	26
1.7.1 Infortuni stradali	26
1.7.2 Infortuni domestici	27
1.7.3 Infortuni sul lavoro	27

NOTE DI SINTESI: IL PROFILO AZIENDALE	30
2.1 IL PROFILO IN RELAZIONE ALLA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA, PATRIMONIALE	32
2.1.1 Sostenibilità economica	32
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	35
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	36
2.2 IL PROFILO IN RELAZIONE ALL'IMPATTO SUL CONTESTO TERRITORIALE	38
2.2.1 Impatto economico	38
2.2.2 Impatto sociale	39
2.2.3 Impatto culturale	40
2.2.4 Impatto ambientale	41
2.3 IL PROFILO IN RELAZIONE AI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	45
2.3.1 Costi	45
2.3.2 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	49
2.3.3 Assistenza distrettuale	56
2.3.4 Assistenza ospedaliera	109
2.3.5 Qualità dell'assistenza	118
2.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO	128
2.4.1 Organizzazione aziendale	128

NOTE DI SINTESI: OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI	142
3.1 CENTRALITÀ DEL CITTADINO	143
3.2 PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI ALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA	144
3.3 UNIVERSALITÀ ED EQUITÀ DI ACCESSO	147
3.4 QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED EFFICIENZA GESTIONALE	150
3.5 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DELLE CURE	159

4. CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE

Pag166

NOTE DI SINTESI: CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE	167
4.1 LA CARTA D'IDENTITA' DEL PERSONALE	168
4.2 PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'INDIVIDUAZIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI E ALLA GESTIONE OPERATIVA	172
4.3 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA	175
4.3.1 Valutazione dei rischi	175
4.3.2 Sorveglianza sanitaria	175
4.3.3 Salute dei lavoratori / benessere organizzativo	177
4.3.4 Gestione degli infortuni	177
4.3.5 Gestione delle emergenze	180
4.4 RIDEFINIZIONE DEI RUOLI PROFESSIONALI IN RELAZIONE ALLO SVILUPPO DELLE STRATEGIE AZIENDALI	181
4.5 SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE E SISTEMI PREMIANTI	184
4.6 FORMAZIONE	191
4.7 SISTEMA INFORMATIVO DEL PERSONALE	194

5. SISTEMA DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Pag196

NOTE DI SINTESI: OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI	197
PREMESSA	199
5.1 LA COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI	200
5.2 LA COMUNICAZIONE PER LE SCELTE DI INTERESSE DELLA COMUNITÀ	202
5.3 LA COMUNICAZIONE INTERNA AZIENDALE	207

6. GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE

Pag212

NOTE DI SINTESI: GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE	213
6.1 SVILUPPO DELLA FUNZIONE RICERCA E LA INNOVAZIONE	214
6.2 INTEGRAZIONE TRA I VARI SOTTOSISTEMI AZIENDALI E COLLABORAZIONE CON ALTRE AZIENDE E ISTITUZIONI	216
6.3 CAPACITA' DI ATTRAZIONE DI FINANZIAMENTI DEDICATI ALLA RICERCA	217
6.4 DIFFUSIONE DELLA CULTURA RELATIVA ALLA RICERCA SANITARIA E FORMAZIONE DEL PERSONALE	217
6.5 ACCESSIBILITA' ALLA INFORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA	218
6.6 GARANZIE DI TRASPARENZA PER LA RICERCA SCIENTIFICA	218

7. OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA AZIENDALE

Pag219

NOTE DI SINTESI: OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA AZIENDALE	220
7.1 RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO NASCITA NEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	221
7.2 IL NUCLEO SPECIALE DEMENZE NELLA REALTA' RIMINESE	225
7.3 L'IMPATTO DELLA VOCAZIONE TURISTICA DEL TERRITORIO SULLA AZIENDA	229
7.3.1 Impatto sulla assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	230
7.3.2 Impatto sulla assistenza distrettuale	231
7.3.3 Impatto sulla assistenza ospedaliera	232
CONCLUSIONI DEL DIRETTORE GENERALE	236

CONTESTO DI RIFERIMENTO

1

Note di sintesi: contesto di riferimento

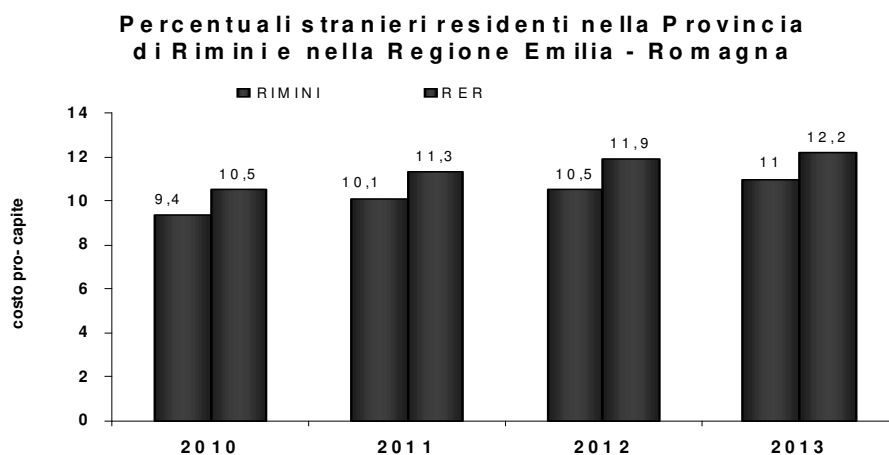
La provincia di Rimini si estende su di un territorio con superficie pari a circa 863 Km², nell'ambito del quale la popolazione residente, al 31 Dicembre 2013, ammontava a 335.033 persone, con un decremento rispetto all'anno precedente di 320 abitanti.

Sono ventisette i Comuni della Provincia, tredici dei quali compresi nel Distretto di Rimini, i rimanenti quattordici in quello di Riccione.



Il territorio provinciale si caratterizza per un'elevata densità abitativa, in particolare nella fascia territoriale costiera, ove si assiste ad un costante incremento del livello di insediamento antropico che, peraltro, si caratterizza per l'accentuazione stagionale, in riferimento alla vocazione turistica dell'area.

La popolazione è tendenzialmente più giovane della media regionale e la natalità è discretamente elevata, pur rimanendo il fenomeno dell'invecchiamento quello più significativo, sia dal punto di vista demografico che sanitario. La presenza degli stranieri con permessi di soggiorno presenta un andamento crescente, ma costantemente al di sotto della media regionale.



Lo scenario socio economico, nel triennio 2011 - 2013, è caratterizzato, per entrambi i sessi, da un notevole incremento del tasso di disoccupazione che è superiore rispetto al dato medio regionale (11,47 % contro 8,5 %), dato questo meglio comprensibile alla luce della riduzione del reddito medio pro – capite nell'anno 2013 rispetto agli anni precedenti.

Lo scenario epidemiologico che evidenzia le principali cause di morte e le malattie a maggior impatto sociale e sanitario, si presenta caratterizzato da indicatori fondamentalmente positivi, ancorché suscettibili di miglioramento, per entrambi i sessi in relazione ai principali indicatori di mortalità, sia generale che per grandi gruppi di cause ed alla loro comparazione con i valori regionali.

Per quanto concerne gli stili di vita la popolazione provinciale tra 18 e 69 anni completamente sedentaria è pari al 16% del totale, dato inferiore alla media regionale, mentre il 44% della popolazione svolge attività fisica in misura comparabile con i livelli raccomandati; lo studio dello stato nutrizionale

condotto in questa fascia di popolazione indica una percentuale di persone in sovrappeso o francamente obese attorno al 40%, valore pressoché sovrapponibile a quello regionale, mentre i dati riguardanti i bambini di terza classe elementare mostrano una prevalenza di bambini in sovrappeso od obesi di poco al disotto del 30%.

Il fumo di sigaretta è un'abitudine praticata, senza significative differenze tra i due sessi, dal 30% circa dei soggetti in età compresa tra i 18 e i 69 anni residenti nella provincia di Rimini; di poco inferiore è la percentuale di ex fumatori.

I dati sul consumo di alcool mostrano una prevalenza significativa da parte degli uomini indicando che il 29% degli intervistati della Provincia di Rimini può essere considerato un consumatore a rischio.

Per quanto concerne alla sicurezza, gli **incidenti stradali** rappresentano il fenomeno più rilevante, pur diminuendo costantemente nell'ultimo decennio e provocando un numero di morti che si è dimezzato nel periodo preso in esame (47 nel 2002 e 23 nel 2012).

1.1 TERRITORIO

1.1.1 COLLOCAZIONE GEOGRAFICA

La provincia di Rimini è collocata all'estremo sud dell'Emilia-Romagna, popolata, al 01.01.2013, da 335.033 abitanti, con capoluogo a Rimini. Confina a sud con la provincia di Pesaro e Urbino (Marche) e la provincia di Arezzo (Toscana), a est con il mare Adriatico, a nord e ad ovest con la provincia di Forlì - Cesena. All'interno della provincia di Rimini, con una piccola porzione di territorio confinante a sud con la provincia di Pesaro e Urbino, sorge la Repubblica di San Marino. La provincia di Rimini è una delle più recenti d'Italia essendo stata costituita nel 1992 distaccandone il territorio dalla provincia di Forlì, che ha da allora assunto il nome di Provincia di Forlì - Cesena. Le porzioni di territorio situate nella parte nord-orientale della provincia sono completamente pianeggianti, mentre alcuni rilievi sono presenti verso ovest (Verucchio, Torriana e Comuni dell'Alta Valmarecchia) e sud - ovest (Gemmano, Montefiore, Montescudo, Montecolombo, Mondaino e Montegridolfo).

Il fiume principale che l'attraversa è il Marecchia. Sul territorio della provincia di Rimini non sono presenti laghi o bacini di particolare importanza. La costa è particolarmente bassa, presentando una spiaggia molto ampia.



1.1.2 DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Densità abitativa per Kmq

	Superficie in km2	Abitanti	Densità abitativa
Distretto di Rimini	589,20	221.580	376,1
Distretto di Riccione	274,38	113.453	413,5
Provincia di Rimini	863,58	335.033	387,96

1.2 AMBIENTE – inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute nelle aree urbane ed è stato inserito dall'OMS tra le dieci più importanti cause di morte per i cittadini europei. Tra i vari inquinanti dell'aria cittadina, il principale imputato dei danni alla salute è il particolato atmosferico (e soprattutto le frazioni di più piccole dimensioni – PM₁₀ e PM_{2,5}).

Il PM₁₀ (Materiale Particolato formato da particelle con diametro aerodinamico inferiore a 10 micrometri). Può essere sia di origine naturale sia legata all'attività dell'uomo: processi di combustione (tra cui quelli che avvengono nei motori a scoppio, negli impianti di riscaldamento, in molte attività industriali, negli inceneritori e nelle centrali termoelettriche), usura di pneumatici, freni ed asfalto. Una percentuale molto consistente è dovuta anche al risollevarimento.

Studi epidemiologici hanno dimostrato una correlazione tra incremento dei livelli di particolato (PM10) nell'inquinamento atmosferico e effetti sulla salute.

Gli effetti nocivi dell'inquinamento possono essere sia di tipo acuto, cioè si manifestano nella popolazione nei giorni in cui la concentrazione degli inquinanti è più elevata, che di tipo cronico, cioè si presentano per effetto di un'esposizione di lungo periodo.

<u>Effetti di tipo acuto</u>	Effetti di tipo cronico
1 aumento della mortalità totale, per malattie respiratorie e cardiocircolatorie	2 aumento della mortalità totale
3 aumento dei ricoveri in ospedale per malattie respiratorie e cardiocircolatorie	4 sintomi respiratori cronici quali tosse e catarro
5 aggravamento di sintomi respiratori e cardiaci in soggetti predisposti	6 diminuzione della capacità polmonare
7 infezioni respiratorie acute	8 bronchite cronica
9 crisi di asma bronchiale	
10 disturbi circolatori e ischemici	

Per la concentrazione del PM₁₀ la normativa fissa un limite giornaliero ed uno annuale.

Questi sono rispettivamente:

- 1 valore limite di 50 µg/m³ come valore medio misurato nell'arco di 24 ore, da non superare più di 35 volte/anno.
- 2 valore limite di 40 µg/m³ come media annuale

La Rete per il Monitoraggio della Qualità dell'Aria in Provincia di Rimini, come nel resto della Regione, è gestita da ARPA. Durante il 2013 la RRQA era costituita da 5 postazioni di misura, dislocate sul territorio provinciale nel modo seguente:

COMUNE	NOME STAZIONE	ZONA	TIPOLOGIA
RIMINI	Via Flaminia	Pianura Est IT 08103	Traffico Urbano (TU)
RIMINI	Parco Marecchia	Pianura Est IT 08103	Fondo Urbano (BU)
VERUCCHIO	Verucchio	Pianura Est IT 08103	Fondo Suburbano (BS)
S. CLEMENTE	S. Clemente	Appennino IT 08101	Fondo Rurale (BRu)
MONDAINO	Mondaino	Appennino IT 08101	Fondo Remoto (BRe)

Ogni postazione di misura è dotata di uno strumento per il monitoraggio automatico del PM₁₀ o del PM_{2,5}.

Qui di seguito sono riportate le elaborazioni relative ai valori riscontrati per il PM₁₀ durante l'ultimo quinquennio.

TABELLA E GRAFICO COL NUMERO MAX DI SUPERAMENTI DEL VALORE LIMITE GIORNALIERO

anno	2009	2010	2011	2012	2013
n. superamenti	36 ³	58 ¹	74 ¹	88 ²	68 ²

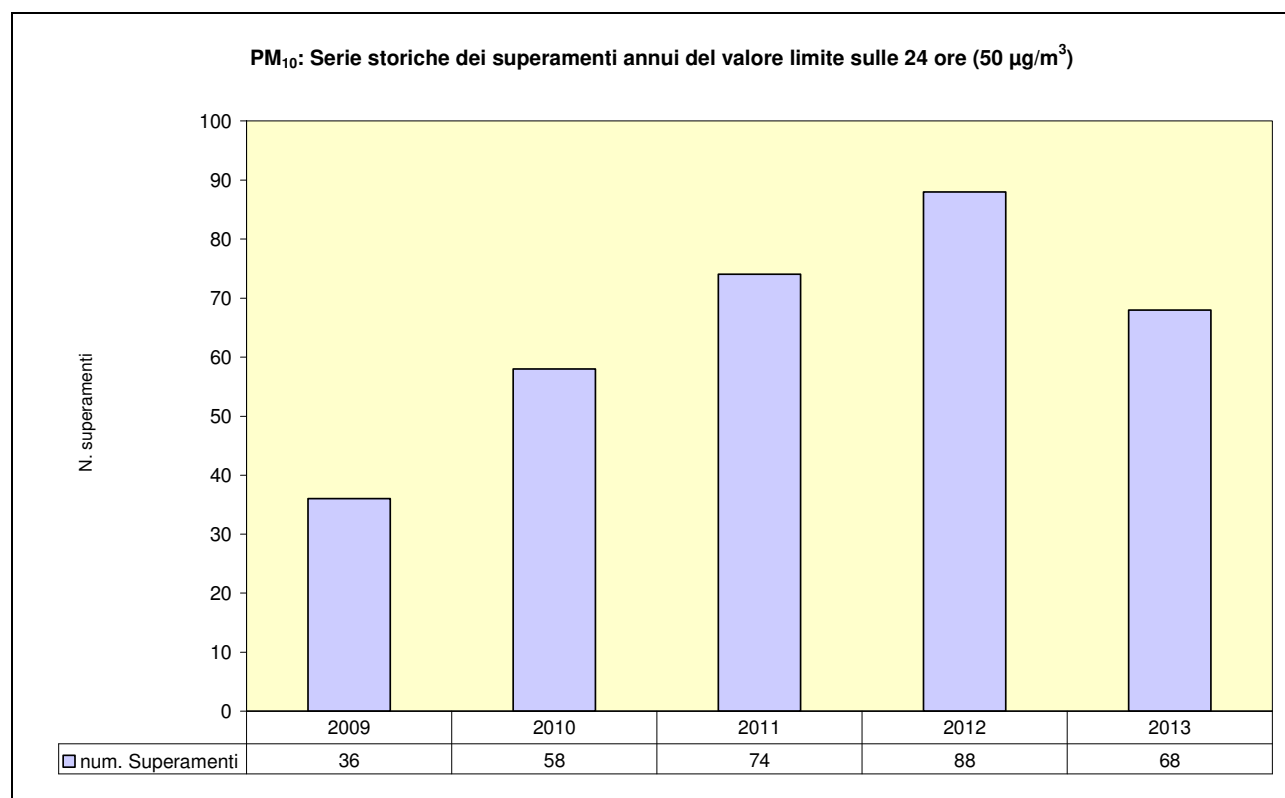
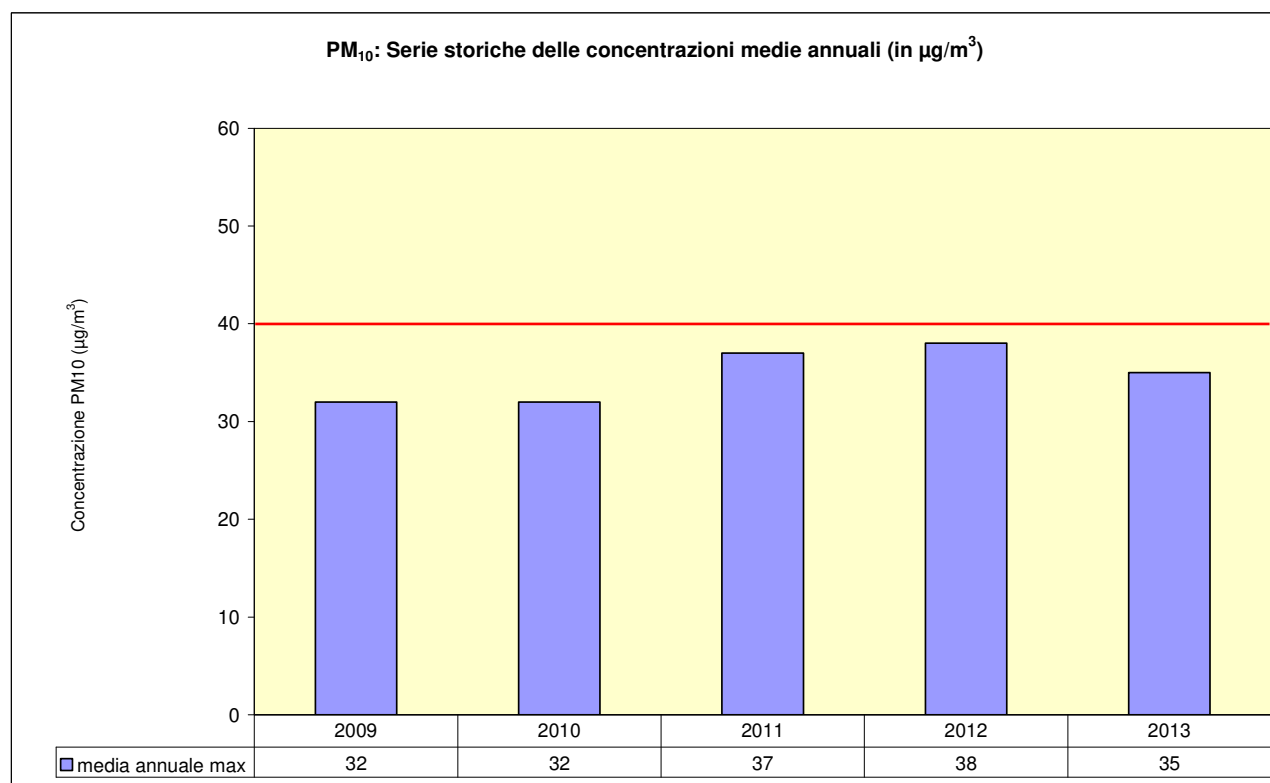


TABELLA E GRAFICO COL VALORE MAX DELLA MEDIA ANNUALE

anno	2009	2010	2011	2012	2013
Media annuale max	32 ²	32 ²	37 ¹	38 ²	35 ²



I dati si riferiscono rispettivamente alle seguenti postazioni di misura. 1: Via Abete; 2: Via Flaminia; 3: Parco Marecchia. Per ogni singolo anno sono riportati i dati "peggiori" rilevati dalla rete, indipendentemente da quale fosse la postazione di misura.

Come è chiaramente visibile dal primo dei grafici riportati, durante l'ultimo quinquennio nella Provincia di Rimini si è assistito ad un costante aumento del numero di superamenti del valore previsto per la media giornaliera, che si sono mantenuti sempre abbondantemente sopra al valore consentito. Nonostante nel 2013 si sia registrato una inversione di questo trend, il numero di superamenti rimane comunque superiore ai 35. Allo stesso modo, dal secondo grafico, si può osservare che anche il valore della media annuale nel corso del 2013 ha mostrato una inversione di tendenza. Per questo parametro in ogni caso nell'ultimo quinquennio si sono registrati sempre valori al di sotto dei limiti previsti dalla normativa vigente".

Nel territorio della Provincia di Rimini, così come in tutto il bacino Padano Adriatico, riveste aspetto di criticità anche il rispetto dei valori previsti dalla norma per altri due inquinanti: NO_x e O₃.

1.3 POPOLAZIONE

1.3.1 STRUTTURA DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2013 Var %
RIMINI	194.542	214.827	217.258	218.866	221.594	221.580	13,90
RICCIONE	108.728	110.438	111.986	113.204	113.737	113.453	4,35
TOTALE AZIENDA	303.270	325.265	329.244	332.070	335.331	335.033	10,47

Il notevole incremento dei residenti in Provincia avvenuto a partire dall'anno 2010 è da attribuirsi principalmente all'annessione dei 7 Comuni dell'Alta Valmarecchia, come si può vedere dalla tabella sottostante:

	Popolazione residente al 01/01/2010	Variazione demografica rispetto all'anno precedente	
Provincia (senza AVM)	307.132	+3.862	+1,3%
Alta Valmarecchia	18.133	-68	-0,4%
Provincia (con AVM)	325.265	+3.794	+1,2%

COMUNI	Superficie territoriale (in kmq.)	Densità abitativa (abitanti per kmq.)	Altitudine (metri s.l.m.)	POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE AL 1-1-2014					
				Maschi	Femmine	Totale	Var. 2014/2005		% pop. nel comune
							Absoluta	%	
BELLARIA - ISEA MARINA	18,23	1.071,2	0 - 16	9.498	10.032	19.530	-143	-0,7%	5,8%
CASTELDELICI	49,21	6,9	436 - 1355	211	226	437	-2	-0,5%	0,1%
CATTOLICA	6,10	2.793,4	0 - 42	8.018	9.036	17.052	-142	-0,8%	5,1%
CORIANO	46,85	220,6	12 - 251	5.348	5.186	10.534	-43	-0,4%	3,1%
GEMMANO	19,20	61,7	107 - 551	600	584	1.184	12	1,0%	0,4%
MAIOLO	24,40	34,8	212 - 950	428	421	849	5	1,1%	0,3%
MISANO ADRIATICO	22,36	574,4	0 - 147	6.287	6.554	12.841	41	0,3%	3,8%
MONDAINO	19,79	74,4	81 - 421	712	761	1.473	6	0,4%	0,4%
MONTE COCOMBO	11,91	290,3	39 - 350	1.709	1.748	3.457	-25	-0,8%	1,0%
MONTEFIORE CONCA	22,42	100,5	75 - 480	1.124	1.130	2.254	18	0,7%	0,7%
MONTEGRUOLO	6,80	152,2	57 - 340	504	531	1.035	1	0,1%	0,3%
MONTESCUDO	19,98	169,2	80 - 474	1.729	1.658	3.381	11	0,3%	1,0%
MORCIANO DI ROMAGNA	5,40	1.295,2	40 - 130	3.402	3.597	6.999	8	0,1%	2,1%
NOVAFELTRIA	41,78	174,5	164 - 883	3.577	3.713	7.290	-20	-0,3%	2,2%
PENNABILI	69,66	42,3	208 - 1375	1.438	1.511	2.949	-25	-0,8%	0,9%
POGGIO TORRIANA**	35,13	145,8	44 - 455	2.532	2.589	5.121	39	0,8%	1,5%
RICCIONE	17,45	2.032,2	0 - 71	16.754	16.718	33.472	-304	-0,8%	10,5%
RIMINI	135,48	1.085,6	0 - 235	70.396	76.819	147.213	272	0,2%	43,9%
SALUDECIO	34,10	91,1	31 - 381	1.567	1.530	3.106	-15	-0,6%	0,9%
SAN CLEMENTE	20,77	267,2	35 - 232	2.761	2.790	5.551	32	0,6%	1,7%
SAN GIOVANNI IN MARIGNANO	21,25	438,4	10 - 348	4.569	4.745	9.314	18	0,2%	2,8%
SAN LEO	53,32	57,1	122 - 787	1.508	1.530	3.047	-29	-0,9%	0,9%
SANT'AGATA FELTRIA	79,30	27,8	174 - 981	1.308	1.082	2.388	-18	-0,8%	0,7%
SANTARCANGELO DI ROMAGNA	45,09	483,8	22 - 382	10.582	11.233	21.813	-106	-0,5%	6,5%
TALAMELLO	10,53	103,3	213 - 881	511	577	1.088	-7	-0,6%	0,3%
VERUCCHIO	27,07	371,2	61 - 503	5.054	4.997	10.051	18	0,2%	3,0%
PROVINCIA DI RIMINI	863,58	387,96	0 - 1375	161.717	173.316	335.033	- 320	-0,1%	100,0%

1.3.2 ANZIANI

- Indice di invecchiamento**

AZIENDE RESIDENZA	Popolazione >=65				Popolazione >=75				Popolazione >=85			
	1/1/10	1/1/11	1/1/12	1/1/13	1/1/10	1/1/11	1/1/12	1/1/13	1/1/10	1/1/11	1/1/12	1/1/13
RIMINI	20,62	20,60	20,88	21,12	10,31	10,45	10,51	10,67	2,93	3,03	3,12	3,19
REGIONE	22,42	22,26	22,53	22,77	11,54	11,66	11,72	11,85	3,36	3,48	3,57	3,65

- Popolazione anziana**

AZIENDE RESIDENZA	Popolazione >=65			Popolazione >=75			Popolazione >=85		
	1/1/11	1/1/12	1/1/13	1/1/11	1/1/12	1/1/13	1/1/11	1/1/12	1/1/13
RIMINI	67.820	69.347	70.836	34.397	34.910	35.780	9.992	10.373	10.703
REGIONE	986.845	1.004.450	1.018.053	516.944	522.725	529.876	154.365	159.083	163.133

1.3.3 FAMIGLIE RESIDENTI E NUMERO COMPONENTI

	01/01/2011		01/01/2012		01/01/2013	
	Famiglie	Num. medio componenti	Famiglie	Num. medio componenti	Famiglie	Num. medio componenti
RIMINI	139.394	2,35	141.284	2,34	143.623	2,32
REGIONE	1.970.813	2,24	1.990.104	2,23	2.000.140	2,22

Le famiglie residenti complessive sono 143.623 con un incremento di 2.339 (+1,7%) rispetto all'anno precedente.

¹Tra i comuni con incremento superiore a quello medio provinciale spiccano in particolare San Giovanni in Marignano (3%), Misano Adriatico e Talamello (2,6%), Rimini (2,5%) e Santarcangelo di Romagna (2,4%).

	ANNI	Famiglie residenti	n° medio di componenti
CENSIMENTI	1951	37.948	4,19
	1961	50.326	3,82
	1971	64.978	3,52
	1981	81.708	3,04
	1991	92.014	2,79
	2001	107.228	2,52
	2011*	135.710	2,36
	al 1° gennaio 2013	143.623	2,32
* = Censimento Istat - dati provvisori			

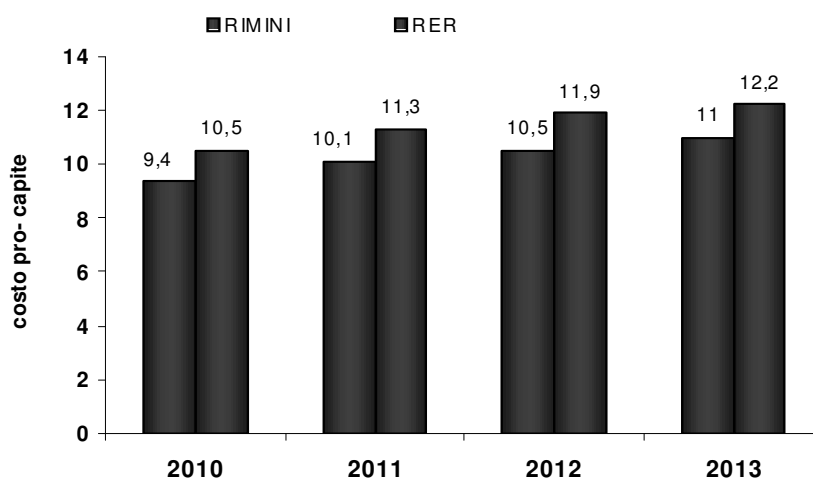
¹ Osservatorio Demografico Provinciale 2013 – Provincia di Rimini

1.3.4 STRANIERI

- **Stranieri residenti**

	01/01/10	01/01/11	01/01/12	01/01/13
Rimini	30.549	33.113	34.901	36.783
Regione	462.840	500.585	530.015	547.552

**Percentuali stranieri residenti nella
Provincia di Rimini e nella Regione Emilia -
Romagna**



Quasi la metà degli stranieri residenti nel territorio provinciale proviene da tre nazioni dell'Europa dell'Est, Albania, Romania ed Ucraina, ma il flusso migratorio proveniente da questi Paesi si è sviluppato in tempi diversi.

Gli albanesi sono emigrati nel territorio provinciale nel primo decennio del secolo, mentre nell'ultimo triennio il fenomeno ha avuto un assestamento con un crescita in costante diminuzione, mentre i rumeni e gli ucraini si sono riversati in massa negli ultimi cinque anni, ed il fenomeno non sembra al momento subire rallentamenti.

1.3.5 NATALITA'

- Nati vivi per cittadinanza della madre - Anno 2012**

Nati (vivi) per Azienda di evento e Cittadinanza sintetica madre						
Azienda di evento	Cittadinanza sintetica madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%		
RIMINI	2.357	73,2	865	26,8	3.222	100,0
REGIONE	27.288	69,4	12.007	30,6	39.295	100,0

Nati (vivi) per Azienda di residenza della madre e Cittadinanza sintetica madre						
Residenza della madre: Azienda U.S.L.	Cittadinanza sintetica madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%		
RIMINI	2.117	75,8	676	24,2	2.793	100,0
REGIONE	27.288	69,4	12.007	30,6	39.295	100,0

1.3.6 SOGGETTI IN CONDIZIONI DI MARGINALITA' E POTENZIALMENTE PORTATORI DI BISOGNI

²DATI DI SINTESI:

- Su tutto il territorio della diocesi di Rimini sono state incontrate dalle Caritas (diocesana e parrocchiali) 7.455 persone in stato di povertà, il 40% di queste vivono con la propria famiglia, i bambini appartenenti a queste famiglie sono 3.547 e circa 1.200 i minori lasciati in patria.
- Più di 71 mila i pasti distribuiti dalle mense della Caritas, più di 54 mila quelli serviti dalla Mensa dei frati.
- Oltre 8 mila le docce fatte in Caritas e più di 2 mila e 700 quelle fatte nella Mensa dei Frati.
- 1.076 le persone accolte dalla Capanna di Betlemme e 924 quelle ospitate dalle Caritas.
- 291 le famiglie servite dal Banco di Solidarietà (per un totale di 435 adulti 195 minori), 3.379 le famiglie che hanno ricevuto pacchi viveri dalle Caritas e 1.243 i pacchi viveri dati dalla Mensa dei Frati.
- 449 le donne aiutate dai Centri Aiuto Vita e 206 le donne incontrate dall'Associazione Rompi il silenzio.
- 445 le famiglie aiutate dall'Associazione Famiglie Insieme con 391.638 euro.

Questi solo alcuni dei dati raccolti all'interno del decimo Rapporto sulle povertà e, nonostante l'impegno nel prendere in considerazione più enti possibili, molte persone restano nell'ombra perché non hanno forza o coraggio di chiedere aiuto.

ANDAMENTI:

- La Caritas diocesana e la Mensa dei Frati hanno registrato una diminuzione di persone incontrate, a fronte di un aumento di servizi erogati. In entrambi i casi è stata notata una diminuzione di persone straniere e un aumento di italiani. Si presume che molti siano tornati in patria o abbiano optato per altre città italiane o europee.
- In tutte le realtà è stato riscontrato un aumento di italiani e una diminuzione di donne dell'est.
- In tutte le realtà è stato incontrato un numero più elevato di famiglie con minori rispetto al passato e un aumento di casi di persone separate in difficoltà (sia maschi che femmine).
- Sono aumentate le persone senza dimora ed è aumentato anche il problema di coloro che non possiedono la residenza neppure sul documento e si ritrovano quindi privi di qualsiasi tutela.
- Il problema principale è quello della mancanza di lavoro che porta anche a un'elevata richiesta di sussidi economici per far fronte a spese ordinarie quali: affitto, utenze, alimenti, medicinali, materiali scolastici.
- Le difficoltà economiche sono state riscontrate anche per quel che riguarda l'ingresso nelle scuole d'infanzia: sempre più spesso accade che i bambini non vengano iscritti alle scuole materne o vengano prelevati prima dell'ora dei pasti.
- Per il 2014 e 2015 saranno necessari più beni alimentari perché Agea (l'organismo europeo che si occupa dei beni alimentari per gli indigenti) ridimensionerà la distribuzione.

RISORSE/INIZIATIVE:

Tra le iniziative per rispondere alle situazioni di povertà tante le attività realizzate dalle Caritas: 50 Centri di Ascolto, 45 Caritas che distribuiscono viveri, 25 che hanno abbigliamento, 10 che coinvolgono consulenti professionali, 12 doposcuola per bambini, 12 che fanno visite domiciliari e tante altre ancora. Di notevole importanza il progetto del Fondo Lavoro presentato il 14 ottobre dalla Diocesi e dalla Caritas diocesana che ha visto la collaborazione e il contributo di Banche, Imprese, Associazioni, Cooperative e privati che al 4 aprile 2014 ha raccolto 277 mila euro, ha ricevuto 71 domande di lavoro e ha già inserito 5 persone in imprese che hanno dato la disponibilità.

² Sintesi Rapporto sulle Povertà 2013 – a cura della Caritas Diocesana di Rimini

Nomadi presenti in aree regolari, in aree irregolari ed in altre soluzioni abitative

³ La Regione Emilia – Romagna effettua, a partire dal 1996, una rilevazione statistica sui campi, aree e sulla popolazione Sinta e Rom presente nel territorio regionale.

Il 30 novembre 2009 si è svolta l'ultima rilevazione, con la collaborazione delle amministrazioni Provinciali, attraverso la somministrazione di questionari rivolti a tutti i Comuni della regione Emilia – Romagna.

Relativamente alla Provincia di Rimini è stata rilevata una popolazione nomade di 148 unità, numero notevolmente inferiore rispetto a Comuni come Reggio Emilia (1.094), Modena (476) e Bologna (531), distribuita in aree di sosta e transito situate nei seguenti Comuni:

- 7 aree di sosta e transito pubbliche e private nel Comune di Misano Adriatico, popolate da 57 persone
- 4 aree di sosta e transito pubbliche e private nel Comune di Coriano, popolate da 26 persone
- 1 area di sosta e transito pubblica nel Comune di Rimini, popolata da 60 persone
- 1 area di sosta e transito pubblica nel Comune di Riccione, popolata da 5 persone

Il 93% della popolazione nomade è di etnia Sinta, percentuale in media con il resto della Regione, nella quale sono presenti nuclei di famiglie Rom, italiane e straniere, solamente a Bologna, Parma, Modena e Reggio Emilia.

Il 22,9% della popolazione in età lavorativa (18 – 64 anni) ha un lavoro, regolare o irregolare, dato anche questo in linea con la media regionale.

Nel territorio provinciale sono attuati interventi da parte dei comuni e delle associazioni di volontariato rivolti da una parte al miglioramento di vita dei nomadi e dall'altra a favorire la loro cittadinanza attiva.

Tra questi possono essere ricordati:

- il progetto "Centro Operativo Caritas" dell'Associazione Madonna della Carità, che mette a disposizione un dormitorio di prima accoglienza per un periodo di 10 - 15 giorni, la seconda accoglienza con accompagnamento specifico per un periodo variabile da 3 mesi ad un anno, docce, guardaroba, mensa a pranzo, raccolta mobili, consegna pacchi viveri.

- il progetto "Michel Roland" dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, fornisce pronta accoglienza per rispondere ai bisogni primari (vitto, alloggio, igiene, vestiario), accoglienza a lungo termine presso la struttura denominata "Appartamenti della Capanna", inserimento nel Centro delle attività ovvero una struttura assimilabile ad un ambiente di lavoro protetto dove si svolgono attività diversificate e graduate per permettere l'inserimento lavorativo e dove viene corrisposto agli utenti un assegno educativo. Ricognizione e rilevazione dei bisogni sul territorio, presenza quotidiana di operatori alla stazione di Rimini, primo colloquio, analisi della situazione dell'accoglienza all'interno dell'equipe operatori, attività educativo - ricreative, servizio legale e sanitario.

³ "Rapporto sulla popolazione Sinta e rom presente nei campi, nelle aree di sosta e transito della regione Emilia – Romagna" a cura della Regione Emilia – Romagna - Direzione Generale Sanità e Politiche sociali – Assessorato Promozione delle politiche sociali e di integrazione per l'immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore – Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale

● Detenuti per Istituto di pena – Dati al 31/12/2013

Istituto	Capienza Regolamentare	Detenuti presenti	Di cui stranieri
Rimini	136	164	85
Regione Emilia - Romagna	2.390	3.684	1.950

Fonte: DAP

I dati relativi al 31.12.2013 mostrano una diminuzione dell'indice di sovraffollamento che corrisponde ad un effettivo calo dell'afflusso avvenuto durante tutto il 2013.

Per quanto riguarda la popolazione detenuta in condizione di tossicodipendenza, si rileva la ripresa del consumo di oppiacei che vede coinvolti, soprattutto, i detenuti stranieri: tra questi ultimi, sempre più frequentemente si rileva la presenza di immigrati in possesso di permesso di soggiorno e residenza, figli di famiglie migranti generalmente ben inserite nel tessuto sociale e lavorativo, spesso con conflitti tra la cultura della famiglia e del paese d'origine e quella del gruppo dei pari, al quale appartengono.

Per quanto riguarda l'anno 2013 le note rilevanti riguardano:

- una diminuzione di atti autolesionistici (tagli auto-inferti, ingestione di corpi estranei, sciopero della fame), generalmente messi in atto da stranieri extracomunitari nordafricani come forma di protesta/sfida nei confronti dell'Istituzione, nella maggior parte dei casi avvenuti nei mesi estivi in seguito al trasferimento da altri Istituti per motivi disciplinari
- una diminuzione della somministrazione di farmaci antipsicotici atipici attualmente riservati ai casi di assoluta necessità
- una diminuzione della percentuale di detenuti definitivi ed un aumento di quella relativa ai detenuti in attesa di giudizio.

Il personale è stato specificamente formato sul **"Percorso clinico - assistenziale per le persone detenute"** che ha come obiettivo il favorire la globalità del trattamento sanitario nei confronti del paziente recluso, assicurando la interdisciplinarietà degli interventi assistenziali, attraverso una maggiore integrazione tra assistenza primaria e prestazioni specialistiche, in particolare della psichiatria, infettivologia, dipendenze patologiche e pronto soccorso. Il programma è rivolto a tutti i detenuti presso la casa circondariale di Rimini, indipendentemente dalle condizioni di residenza e/o cittadinanza.

E' stata data applicazione alle indicazioni della RER per la sorveglianza della TBC in carcere ed è stata effettuata una analisi del rischio ed è stata definita una istruzione operativa (IO.31.000 DSP.ISP "Misure di prevenzione e controllo della TBC nell'Istituto Penitenziario di Rimini") che definisce le misure di prevenzione e controllo della TBC presso la Casa Circondariale di Rimini ed è stata applicata la suddetta istruzione operativa, redatta dall'UO Igiene e Sanità Pubblica per l'esecuzione della mantoux.

In linea con le indicazioni degli appositi gruppi di lavoro regionali sono stati implementati gli interventi interdisciplinari e alla integrazione tra le varie discipline specialistiche e l'assistenza primaria.

E' stato definito anche un percorso a partire dalla visita di ingresso da parte del MAP che prevede l'individuazione di soggetti con disturbi psichiatrici e/o da uso di sostanze psicoattive e la successiva segnalazione e visita da parte degli specialisti psichiatri o dell'UO Dipendenze patologiche ai fini di completare l'iter diagnostico e predisporre una eventuale presa in carico da parte dell'equipe multidisciplinare presente presso la Casa Circondariale di Rimini.

E' incominciato il progetto regionale sulla promozione della salute che si implementerà soprattutto durante l'anno 2014; tale progetto prevede tra l'altro un'educazione continua ai detenuti su temi rilevanti circa la salvaguardia della salute (igiene personale, corretta alimentazione ecc.)

Qualora si individuino situazioni di rischio vengono proposte all'amministrazione penitenziaria le eventuali misure di protezione e/o di trattamento necessarie.

1.4 CONDIZIONI SOCIO - ECONOMICHE

1.4.1 CARATTERISTICHE DEL TESSUTO PRODUTTIVO E DEL MERCATO DEL LAVORO

- **Occupati per settore nel triennio 2011 - 2013 (valori in migliaia)**

	Agricoltura Silvicoltura e Pesca		Totale Industria		Totale Servizi	
Anni	Rimini	RER	Rimini	RER	Rimini	RER
2011	5	75	42	662	95	1237
2012	3	76	36	646	101	1248
2013	2	65	35	634	97	1239

Fonte: Istat

- **Tasso di attività, occupazione, disoccupazione, 2011 - 2013 (valori in migliaia)**

Tasso di attività (*)- valori percentuali				
Anni	Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni	
	Rimini	RER	Rimini	RER
2011	54,66	54,60	70,35	71,77
2012	54,61	55,23	70,61	72,83
2013	53,06	55,0	68,69	72,6
(*)Tasso di attività =Forze lavoro/Popolazione; Fonte: Elaborazione dell' Agenzia Emilia-Romagna Lavoro su dati Istat				

Tasso di occupazione (*)- valori percentuali				
Anni	Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni	
	Rimini	RER	Rimini	RER
2011	50,25	51,71	64,57	67,90
2012	49,26	51,32	63,70	67,60
2013	46,97	50,3	60,63	66,3
(*)Tasso di occupazione =Occupati/Popolazione; Fonte: Elaborazione dell' Agenzia Emilia-Romagna Lavoro su dati Istat				

Tasso di disoccupazione (*)- valori percentuali		
Anni	Popolazione con 15 anni e oltre	
	Rimini	RER
2011	8,06	5,30
2012	9,81	7,08
2013	11,47	8,5
(*)Tasso di disoccupazione=In cerca di prima occupazione/Forze lavoro; Fonte: Elaborazione dell' Agenzia Emilia-Romagna Lavoro su dati Istat		

- Lavoratori interinali negli anni 2010 - 2012**

	<i>lavoratori interinali 2010</i>			<i>lavoratori interinali 2011</i>			<i>lavoratori interinali 2012</i>		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Rimini	1.674	1.425	3.099	1.743	1.683	3.426	2.154	2.284	4.438
RER	39.533	45.177	84.710	47.164	47.752	94.916	47.731	51.285	99,016

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

La tabella mette in evidenza la continua crescita nel triennio di lavoratori interinali, maschi e femmine, nella Provincia di Rimini e nella Regione Emilia – Romagna.

- Lavoratori non comunitari negli anni 2010 - 2012**

	<i>lavoratori non comunitari 2010</i>			<i>lavoratori non comunitari 2011</i>			<i>lavoratori non comunitari 2012</i>		
	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali
Rimini	4.983	4.832	9.815	7.672	5.180	12.852	11.241	6.213	17.454
RER	108.946	63.910	172.856	118.105	70.436	188.541	115.133	75.564	190.697

Fonte: ISTAT.

4 Il tasso di occupazione in provincia di Rimini si è attestato al 60,6% (era al 63,7% nel 2012), con valori più alti riguardo al genere maschile (71,5%) e più bassi per il genere femminile (50,0%); nel confronto regionale e nazionale, il nostro territorio ha valori inferiori a quelli dell'Emilia-Romagna (66,3%) e superiori a quelli dell'Italia (55,6%). Riguardo invece al tasso di disoccupazione, in provincia di Rimini questo si è attestato all'11,5% (era al 9,8% nel 2012), con valori più bassi per i maschi (8,3%) e più alti per le femmine (15,6%); nel confronto regionale e nazionale, il nostro territorio ha valori superiori a quelli dell'Emilia-Romagna (8,5%) e inferiori a quelli dell'Italia (12,2%).

Preoccupante è la situazione riguardo ai giovani, con un tasso di disoccupazione che arriva in provincia di Rimini al 25,0% nella fascia di età 15-29 anni (22,5% maschile e 27,9% femminile) e addirittura al 30,0% nella fascia di età 15-24 anni (27,5% maschile e 33,8% femminile). Ciò che fa maggiormente riflettere è l'impennata che si è avuta in tali tassi in provincia negli ultimi anni: infatti, il tasso di disoccupazione giovanile è notevolmente cresciuto, sia con riferimento alla classe 15-29 anni (dall'11,8% nel 2011, al 15,8% nel 2012, al 25,0% nel 2013) sia con riferimento alla classe 15-24 anni (dal 15,5% nel 2011, al 20,5% nel 2012, al 30,0% nel 2013).

Nel 2013, in provincia di Rimini, ci sono stati 57.558 avviati (lavoratori che hanno instaurato almeno un rapporto di lavoro dipendente nell'anno), con un decremento, rispetto al 2012 (63.538 avviati), del 9,4% e 93.373 avviamenti (numero dei rapporti di lavoro dipendente instaurati nell'anno), con una diminuzione, rispetto al 2012 (106.759 avviamenti), del 12,5%; in termini di variazioni percentuali annue, trattasi di flessioni assai rilevanti, che risultano essere le più elevate dall'avvento della crisi nel 2009.

Il settore del turismo, inteso come alberghi, ristoranti e pubblici esercizi, raccoglie il 50,8% degli avviamenti, e ciò conferma la forte propensione a questo settore dell'economia riminese; ovviamente questo incide, da un lato, sul periodo di assunzione, e, dall'altro, sul tipo di contratto, sia a livello di assunzioni nel ricettivo/ristorazione, sia a livello di assunzioni complessive (soprattutto nei settori che hanno una stretta correlazione con il turismo, come ad esempio il Commercio).

Riguardo al periodo di assunzione, si parla anche di "stagionalità" degli avviamenti, confermato dal fatto che tra l'inizio delle festività pasquali (avvenuto nel 2013 a marzo) e dell'estate si sono verificati il 52,3% degli avviamenti complessivi; riguardo al tipo di contratto, si riscontra che il 64,0% del totale degli avviamenti risulta essere a "tempo determinato" e il 15,4% degli stessi assunto con contratto di lavoro "intermittente".

⁴ Rapporto sull'economia della Provincia di Rimini 2013-2014 (a cura della Camera di Commercio)

1.4.2 TENORE DI VITA

• Reddito medio pro-capite e consumo medio pro-capite anni 2010 - 2013

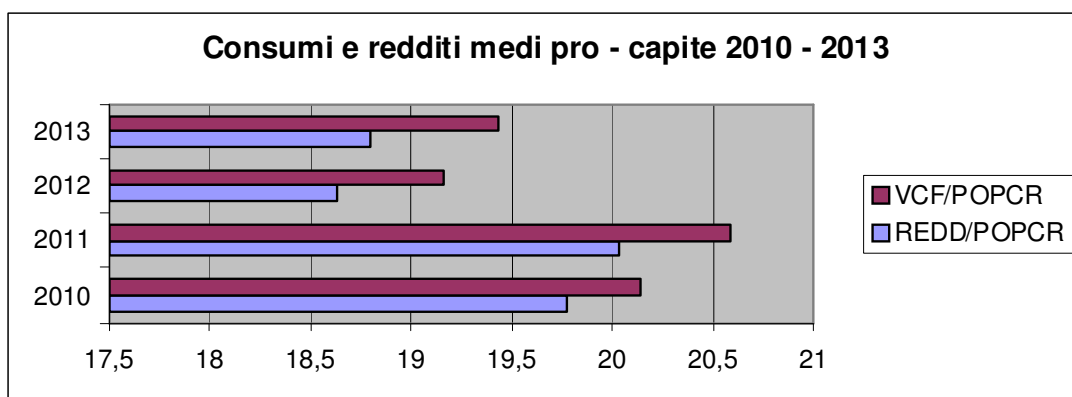
Provincia di Rimini	POPCR	REDD	VCF	REDD/POPCR	VCF/POPCR
Anno 2010	319,20	6.218,94	6.393,88	19,48	20,03
Anno 2011	321,32	6.400,09	6.516,14	19,92	20,28
Anno 2012	324,48	6.176,06	6.448,02	19,03	19,87
Anno 2013	328,64	6.178,25	6.386,62	18,80	19,43

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



Il reddito medio pro – capite, tendenzialmente stabile nel biennio 2010 – 2011, ha subito una forte riduzione nel corso dell’anno 2012, per poi risalire leggermente nel corso dell’anno 2013.

La medesima tendenza si può rilevare anche nella spesa per consumi delle famiglie, con dati sempre superiori al reddito medio pro - capite.

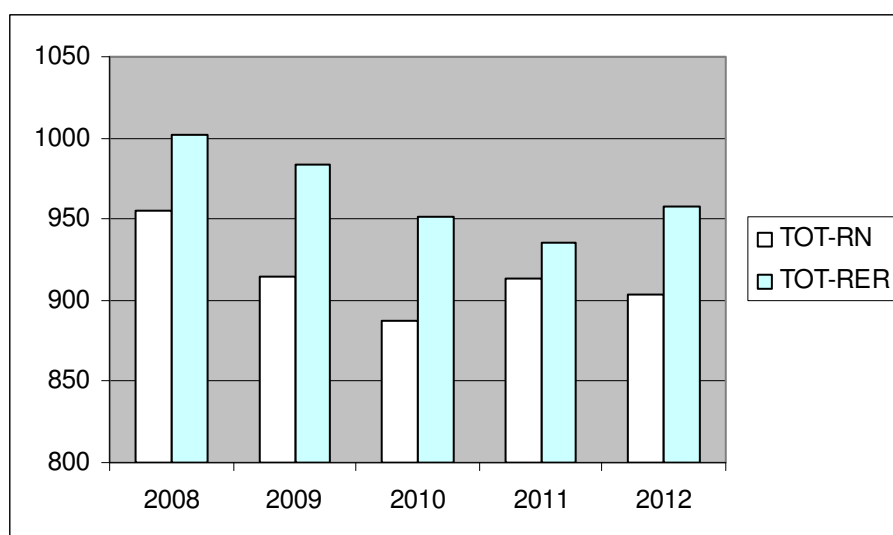
1.5 OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

La rilevazione delle cause di morte rappresenta uno dei più importanti e consolidati flussi informativi correnti finalizzati a descrivere lo stato di salute della popolazione. Conoscere quali sono le principali cause di morte in una popolazione può fornire utili indicazioni per l'identificazione dei bisogni di prevenzione, diagnosi e cura e per valutare la capacità complessiva di tutelare lo stato di salute da parte di una collettività.

Nel 2012 nel territorio della Provincia di Rimini si sono verificati 3.190 decessi. Il **tasso grezzo di mortalità** risulta pari a 920 decessi per 100.000 residenti nei maschi e pari a 980 per 100.000 residenti nelle femmine (complessivamente 951 decessi per 100.000 residenti).

I tassi standardizzati di mortalità risultano inferiori a quelli regionali nell'intero quinquennio 2008-2012, dato confermato sia nelle femmine che nei maschi.

Andamento della mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi nella Provincia di Rimini e nella Regione Emilia Romagna (T.std.: Std. Pop. RER 1998) –Periodo 2008-2012



L'indicatore "Anni medi di vita potenzialmente persi" descrive il numero medio di anni di vita "persi" da coloro che muoiono, per una specifica causa di decesso, prima di raggiungere l'età coincidente con la speranza di vita alla nascita della popolazione oggetto di studio. Il calcolo viene effettuato sommando, per una certa causa e per un determinato genere, la differenza tra la speranza di vita alla nascita e l'età alla morte e dividendo poi il risultato per il numero di decessi relativi a quella causa di morte e a quel genere. Il calcolo si riferisce solo ai decessi avvenuti in età antecedente a quella prevista dalla speranza di vita alla nascita. La rappresentazione di tale indicatore, come sotto riportata, è il risultato dell'elaborazione regionale operata sui dati del Registro di Mortalità Regionale (REM) relativi al triennio 2009-2011.

Nella provincia di Rimini, le morti anticipate (che comportano perdita di vita potenziale) hanno determinato mediamente per ogni decesso una perdita di 13 anni di vita per i maschi e di 11 per le femmine, valori in linea con quelli regionali.

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER MORTALITÀ GENERALE – TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	10,95	12,53
<i>Regione E-R</i>	10,75	12,27

Il gruppo di cause, che determina una più significativa perdita di vita potenziale, è quello che comprende i traumatismi, gli avvelenamenti e le conseguenze di cause esterne, con valori in linea con quelli regionali. In questo gruppo rientrano anche i decessi per incidente stradale.

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE - TRIENNIO 2009-2011		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	17,65	25,04
<i>Regione E-R</i>	18,36	25,82

Se si escludono le cause esterne di morte, i due gruppi di cause maggiormente rappresentati sono le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori.

a. MORTALITA' PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

Le malattie del sistema cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in Emilia-Romagna con 18.278 decessi nel 2012 (37% della mortalità totale).

Nel 2012 il tasso di mortalità da malattie cardiovascolari nella Provincia di Rimini è risultato pari a 300 morti per 100.000 residenti (255 negli uomini e 339 nelle donne) con 1.086 decessi (34% della mortalità totale).

Le morti anticipate hanno determinato mediamente per ogni decesso una perdita pari a 7 anni di vita nelle donne e a 11 anni negli uomini.

Il tasso di mortalità per solo infarto è risultato essere pari a 46 morti per 100.000 residenti con un numero di anni medi di vita potenzialmente persi leggermente superiore a quello di tutte le malattie cardiocircolatorie.

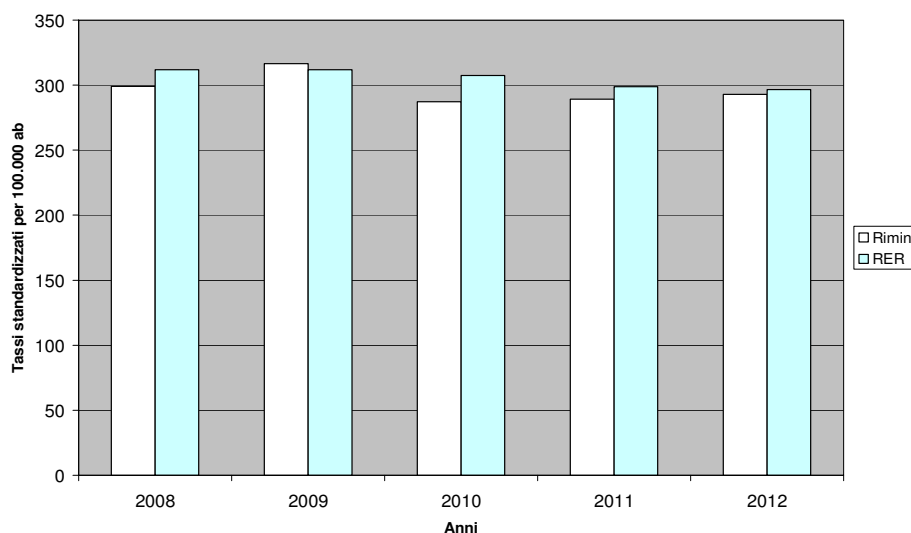
ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	6,84	10,73
<i>Regione E-R</i>	6,81	9,76

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER INFARTO - TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	8,24	12,16
<i>Regione E-R</i>	7,90	11,92

b. MORTALITA' PER TUMORI

Nel 2012 le neoplasie hanno causato nella Provincia di Rimini 995 decessi (31,19% di tutte le morti). Il tasso grezzo di mortalità per tumori è pari a 293 per 100.000 residenti (305 negli uomini e 273 nelle donne). Il confronto dei tassi standardizzati di mortalità per tumori tra la Provincia di Rimini e la Regione Emilia Romagna nel quinquennio 2008-2012 non mostra differenza significative.

Andamento della mortalità per tumori in entrambi i sessi nella Provincia di Rimini e nella Regione Emilia Romagna (T.std.: Std. Pop. RER 1998) –Periodo 2008-2012



Le morti anticipate per tumore hanno determinato mediamente per ogni decesso una perdita pari a 11 anni per gli uomini e a 14 anni per le donne.

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER TUMORI - TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	13,78	11,22
<i>Regione E-R</i>	13,28	11,22

I tumori di più frequente riscontro quale causa di decesso sono quelli dell'apparato respiratorio (polmone, trachea e bronchi) con 187 decessi nel 2012 e un tasso grezzo di mortalità pari a 56 per 100.000 residenti, con valori decisamente più elevati negli uomini rispetto alle donne (83 per 100.000 contro 31 per 100.000). Nel sesso femminile però il tumore del polmone determina una perdita di anni di vita maggiore (15 anni nelle donne contro 11 anni negli uomini).

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER TUMORI MALIGNI ALLA TRACHEA, BRONCHI E POLMONI- TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	15,06	10,63
<i>Regione E-R</i>	13,91	10,49

I tre tumori prevenibili con lo screening offerto gratuitamente alla popolazione sono: il tumore della mammella, il tumore del collo dell'utero e il tumore del colon-retto.

Nel 2011 i tassi grezzi di mortalità sono risultati essere pari a 43 per 100.000 residenti per il tumore della mammella, 23 per quello del colon e 21 per quello del retto e non si sono osservati decessi per tumori della cervice uterina.

Le morti anticipate per tumore della mammella hanno determinato mediamente per ogni decesso una perdita di anni di vita pari a 18.

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA - TRIENNIO 2010-2012	
	Femmine
<i>Rimini</i>	18,13
<i>Regione E-R</i>	16,71

c. MORTALITA' PER MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Il tasso di mortalità per malattie respiratorie nella Provincia di Rimini è pari a 66 decessi per 100.000 residenti, con valori pari a 72 negli uomini e 62 nelle donne.

ANNI MEDI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI PER MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO - TRIENNIO 2010-2012		
	Femmine	Maschi
<i>Rimini</i>	6,66	7,65
<i>Regione E-R</i>	7,48	7,73

d. MORTALITA' PER MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive, un tempo principali cause di morte, rappresentano oggi nell'AUSL di Rimini solo il 3% di tutte le cause di morte. Alcune di queste rivestono, tuttavia, un rilevante interesse, dal punto di vista sanitario.

AIDS

In Emilia-Romagna nel biennio 2011/2012 i nuovi casi di AIDS sono stati 168, rispetto ai 184 casi nel biennio 2009/2010. Il tasso nell'ultimo biennio disponibile risulta pari a 1,9 casi di AIDS ogni centomila abitanti (2,1 nel biennio 2009-2010). Il numero di persone viventi con AIDS (casi prevalenti) è pari a 1.788 a fine 2012, di poco inferiore a quello del 2010.

Secondo i dati della Regione Emilia-Romagna, nella Provincia di Rimini il tasso di incidenza di AIDS conclamata (nuovi casi registrati in un anno) nel biennio 2011/2012 risulta pari a 2,7 per 100.000 abitanti (18 nuovi casi). A fine 2012 risultavano presenti nel territorio riminese 178 persone affette da AIDS conclamata.

AIDS – INCIDENZA						
	Biennio 2007/2008		Biennio 2009/2010		Biennio 2011/2012	
	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*
AUSL Rimini	23	3,9	17	2,7	18	2,7
Totale Regione	263	3,1	184	2,1	168	1,9

*Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato
Fonte: Assessorato alla sanità RER– Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS

AIDS - PREVALENZA						
	31/12/2008		31/12/2010		31/12/2012	
	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*
AUSL Rimini	164	54,1	170	51,6	178	53,1
Totale Regione	1669	38,5	1806	40,7	1788	40,0

*Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato
Fonte: Assessorato alla sanità RER– Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS

Tubercolosi

I dati dell'AUSL di Rimini relativi ai casi di tubercolosi notificati mostrano oscillazioni annuali, da porre in relazione al numero contenuto di casi che si verificano in questo arco temporale. Il tasso medio annuale di incidenza a livello provinciale mostra un valore pari a 9,2 per 100.000 abitanti nel biennio 2011-2012, valore superiore a quello regionale, pari a 7,1.

TBC POLMONARE- INCIDENZA									
Biennio 2007/2008				Biennio 2009/2010			Biennio 2011/2012		
Casi notificati	N. casi (*)	Popolazione media 2006-07	Tasso medio annuale di incidenza x 100.000 abitanti	N. casi (*)	Popolazione media 2008-09	Tasso medio annuale di incidenza x 100.000 abitanti	N. casi (*)	Popolazione media 2010-11	Tasso medio annuale di incidenza x 100.000 abitanti
AUSL Rimini	46	296.222	7,8	56	314.268	8,9	61	330.657	9,2
Totale	638	4.249.714	7,5	642	4.366.786	7,4	632	4.445.843	7,1

Fonte: Assessorato alla sanità RER

(*) 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.

Nell'Azienda U.S.L. di Rimini è attivo, su indicazione regionale, un gruppo di lavoro composto dai professionisti che si occupano di tubercolosi, ciascuno nel proprio ambito di competenza. Il gruppo si riunisce ogni volta che la segnalazione di un caso di particolare complessità richieda di intraprendere specifici provvedimenti, che vengono decisi collegialmente.

1.6 STILI DI VITA

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di monitoraggio della salute della popolazione adulta (età 18-69 anni), che stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il sistema è attivo in tutte le Regioni italiane; nel triennio 2011/13 nella Regione Emilia-Romagna sono state condotte 9522 interviste, di cui 825 nell'AUSL di Rimini.

1.6.1 ATTIVITA' FISICA

L'attività fisica praticata regolarmente ricopre un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità e depressione; gli studi dimostrano come una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Il livello di attività fisica raccomandato è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Nell'Azienda U.S.L. di Rimini il 16% della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni può essere definito completamente sedentario (valore inferiore a quello regionale, pari al 20%), il 44% ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica intensa/moderata raccomandata e il 40% è classificabile come parzialmente attivo, in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni. Solo il 35% delle persone, che sono state dal medico nell'ultimo anno, riferisce di aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di svolgere regolare attività fisica.

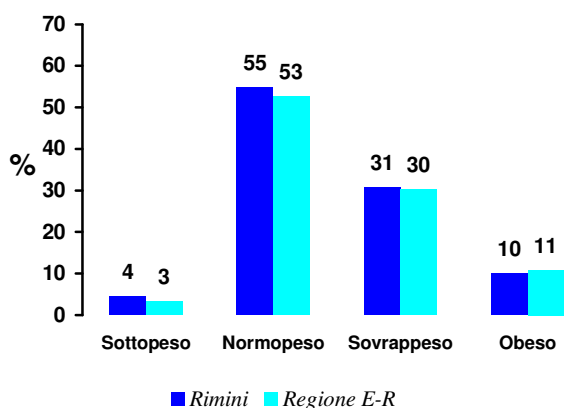
1.6.2 STATO NUTRIZIONALE

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le caratteristiche ponderali vengono rappresentate in relazione all'Indice di Massa Corporea (Body mass Index o BMI) in 4 categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Nell'Azienda U.S.L. di Rimini l'eccesso ponderale è una condizione diffusa e non si differenzia in maniera significativa dal resto della regione, interessando circa quattro persone su dieci in età compresa tra 18 e 69 anni.

Situazione nutrizionale della popolazione
AUSL Rimini e Regione E-R –
PASSI triennio 2011/2013



Sovrappeso e obesità in età infantile assumono particolare rilevanza in termini di sanità pubblica, sia per le implicazioni dirette sulla salute fisica e psicologica del bambino, sia come fattori di rischio per l'insorgenza di patologie croniche nell'età adulta.

OKkio alla SALUTE è un sistema di monitoraggio dello stato ponderale, delle abitudini alimentari e dell'attività fisica nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Dalla rilevazione condotta nel 2012 su un campione di alunni della terza classe della scuola primaria risulta che la prevalenza di bambini sovrappeso nell'AUSL di Rimini è pari al 21% e quella di obesi dell'8,6%.

1.6.3 ABITUDINE AL FUMO

L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (O.M.S.) individua il fumo come la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. A questo fattore nocivo vengono, infatti, attribuiti circa il 90% dei tumori polmonari, una notevole quota dei tumori del cavo orale, dell'esofago, del pancreas, della vescica, i 2/3 delle malattie respiratorie e ¼ delle malattie cardiovascolari. Quasi un ricovero su cinque avviene per malattie conseguenti al fumo, e ciò assorbe circa l'8% della spesa sanitaria complessiva. Il fumo rappresenta anche il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui viene attribuito circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Disability Adjusted Life Years, Daly).

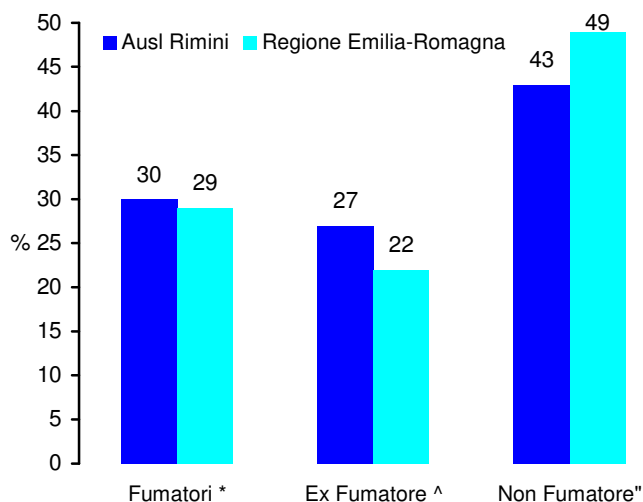
Nell'Azienda U.S.L. di Rimini i fumatori rappresentano il 30% della popolazione 18-69enne, valore in linea con quello regionale (29%) con una prevalenza maggiore nei giovani (33% nella classe di età 18-34 anni) e nei maschi (34% nei maschi vs 26% nelle femmine). I fumatori abituali dichiarano di fumare in media 11 sigarette al giorno e il 43% di questi afferma di aver tentato di smettere almeno una volta nell'ultimo anno. Il 51% dei fumatori, che sono stati dal medico nell'ultimo anno, riferisce di aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare.

***Fumatore:** soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno;

****Ex fumatore:** soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi;

*****Non fumatore:** soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma.

Abitudine al fumo di sigaretta
AUSL Rimini e Regione Emilia-Romagna
PASSI quadriennio 2011/13



1.6.4 CONSUMO DI ALCOL

Il 22% degli intervistati nella provincia di Rimini può essere considerato un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori-pasto e/o bevitore "binge"), dato in linea con quello della regione Emilia-Romagna, con una prevalenza significativamente maggiore negli uomini (29%) e nella classe d'età 18-34 anni (39%).

Rispetto al consumo a rischio:

- Il 13% degli intervistati è classificabile come bevitore "binge" (assunzione di una forte quantità di alcol in un'unica occasione almeno una volta nell'ultimo mese)
- il 9% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto
- il 5% è classificabile come un forte bevitore in base alle quantità-soglia definite dall'INRAN (>2 unità al giorno per gli uomini e >1 unità al giorno per le donne).

Solo il 16% delle persone, che sono state dal medico nell'ultimo anno, riferisce di aver ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione al consumo di alcol da un medico o da un operatore sanitario.

1.6.5 PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE E SALUTE MENTALE

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere o il malessere psicofisico vissuto dalla persona ed influisce indirettamente anche sul ricorso ai servizi sanitari.

Nell'AUSL di Rimini il 66% della popolazione definisce buono o molto buono il proprio stato di salute, il 31% discreto e il 3% ne dà una valutazione negativa; i dati regionali sono rispettivamente pari a 69% per la valutazione positiva, 28% per la definizione "discreto", e 3% per il giudizio negativo. Il 6% degli intervistati è classificabile come persona depressa, valore in linea con quello regionale (7%).

1.7 SICUREZZA

1.7.1 INFORTUNI STRADALI

Nel periodo 2002-12 in Emilia-Romagna si è assistito a una riduzione degli incidenti stradali con un trend in diminuzione: -33% Incidenti stradali, - 35% Feriti e -52% Morti.

La tendenza si conferma sul territorio della Provincia di Rimini, con una marcata riduzione del numero dei decessi (dimezzamento dei morti nel decennio).

Incidenti stradali, morti e feriti: numero e variazione percentuale

	Incidenti			Feriti			Morti		
	2002	2012	Var.	2002	2012	Var.	2002	2012	Var. %
Rimini	3.028	1884	- 38 %	4.172	2492	- 40 %	47	23	- 51 %
Emilia-Romagna	27.272	18.263	- 33 %	37.960	24.823	- 35 %	789	376	- 52 %

Fonte: ISTAT

Due misure importanti della Sicurezza stradale sono rappresentate dal **Rapporto di Gravità** (numero di Morti rispetto al totale delle persone coinvolte in Incidenti stradali, Morti e Feriti) e dal **Rapporto di Mortalità** (numero di Morti rispetto al numero di Incidenti stradali).

Nel 2012 il **Rapporto di Gravità** e il **Rapporto di Mortalità** nella Provincia di Rimini mostrano valori inferiori rispetto alle altre province della costa emilia-romagnola, all'intera regione Emilia-Romagna e all'Italia.

Rapporto di Gravità e Rapporto di Mortalità 2012

Area	Rapporto di Gravità	Rapporto di Mortalità
Ferrara	2.3	3.2
Ravenna	2.1	3.0
Forlì-Cesena	1.4	1.9
Rimini	0.9	1.2
Emilia-Romagna	1.5	2.1
Italia	1.4	2.0

Fonte: ISTAT-ACI

I bassi Rapporti di Gravità e di Mortalità sono altamente correlati all'adozione di misure tecniche di miglioramento della sicurezza attiva e passiva dei veicoli, all'intensificazione dei controlli sulla strada e al miglioramento dell'efficienza di intervento delle strutture sanitarie.

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è un elemento di provata efficacia per ridurre le conseguenze dell'Incidente stradale. I dati del sistema di sorveglianza PASSI per il triennio 2011/13 mostrano che nella provincia di Rimini la totalità degli intervistati conducenti di moto utilizza sempre il casco e il 91% di quelli, che vanno in auto, usa sempre le cinture di sicurezza anteriori; poco diffusa appare, invece, l'abitudine ad utilizzare sempre le cinture posteriori (22%), dato inferiore a quello regionale (26%).

L'alcol è stato identificato come uno dei principali fattori di rischio per gli incidenti stradali. Il consumo di alcol, infatti, anche in piccole quantità, aumenta il rischio di essere coinvolti in incidenti stradali, sia in qualità di pedoni che di conducenti di veicoli a motore, poiché riduce diverse abilità connesse alla guida come i tempi di reazione, la visione, le capacità cognitive e aumenta comportamenti pericolosi come l'eccesso di velocità o il mancato uso dei dispositivi di sicurezza. In base ai dati PASSI per il triennio 2011/13, l'8% degli intervistati, che assumono alcol, dichiara di aver guidato almeno una volta, negli ultimi 30 giorni, dopo aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica nell'ora precedente e il 7% di tutti gli intervistati riferisce di essere salito almeno una volta in auto o in moto/scooter con un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

1.7.2 INFORTUNI DOMESTICI

Il sistema di Sorveglianza PASSI indica come nella popolazione residente in Provincia, analogamente peraltro a quanto riscontrato in quella regionale, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico sia scarsa: il 91% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

In realtà, i dati epidemiologici disponibili indicano che gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto il "luogo sicuro" per eccellenza.

1.7.3 INFORTUNI SUL LAVORO

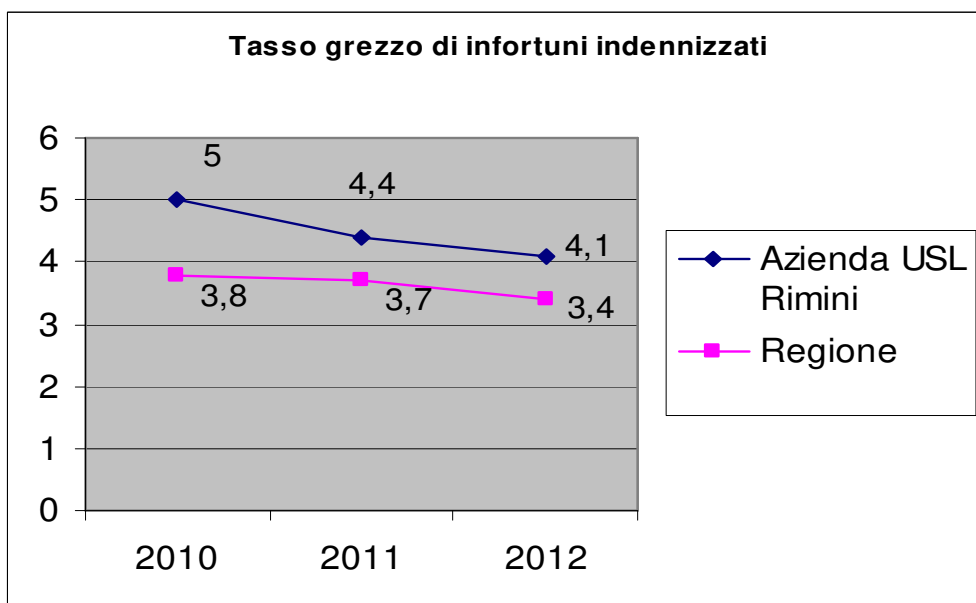
Il tasso grezzo degli infortuni indennizzati, rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato dagli infortuni sulla popolazione lavorativa ed è conosciuto anche come "Indice di incidenza", essendo costituito dal rapporto tra numero di infortuni avvenuti in un certo anno (e successivamente indennizzati) e numero di addetti relativo al medesimo anno; tale indice non tiene in alcun conto la gravità degli eventi lesivi.

Per poter confrontare la situazione infortunistica di aree territoriali diverse occorre disporre di tassi standardizzati per comparto produttivo che considerano i livelli infortunistici che si sarebbero registrati nelle aree in studio se la distribuzione delle attività economiche praticate fosse coincisa con una distribuzione di riferimento assunta come "standard". Nei dati forniti si è considerata come distribuzione "standard" quella degli addetti dell'Industria e dei Servizi nell'intero territorio nazionale.

In altre parole, il tasso standardizzato misura l'incidenza di infortuni che sperimenterebbe la popolazione in studio (es. gli addetti in provincia di Rimini) se la distribuzione per comparto produttivo fosse quella della popolazione standard (gli addetti in Italia).

		TASSO GREZZO (X 100)	TASSO STANDARDIZZATO (X 100)
2010	Rimini	5,0	4,9
	Regione	3,8	3,5
2011	Rimini	4,4	4,3
	Regione	3,7	3,3
2012	Rimini	4,1	3,8
	Regione	3,4	3,1

*Tasso grezzo degli infortuni indennizzati x100: numero di infortuni nell'anno/ totale addetti Inail nell'anno x 100
FONTE: Banca dati INAIL; ELABORAZIONE: regionale (mediante l'Osservatorio Regionale Infortuni, Ausl Reggio Emilia)*



I tassi standardizzati relativi agli infortuni denunciati (e indennizzati) nel triennio 2010-2012 mostrano una diminuzione nel 2012 rispetto al 2010 di quasi un punto percentuale.

IL PROFILO AZIENDALE

2

Note di sintesi: il profilo aziendale

L'AUSL di Rimini è la più grande azienda della Provincia, dando lavoro a 4.336 dipendenti (427 dei quali a tempo determinato) e 503 medici con rapporto di convenzione.

L'Azienda è impegnata, peraltro coerentemente con le indicazioni del programma regionale, nella realizzazione del progetto "Politiche per l'uso razionale dell'energia" e in tema di riduzione della produzione e gestione dei rifiuti.

Il costo dell'assistenza erogata ai cittadini della Provincia di Rimini dall'Azienda ha subito una forte riduzione nell'anno 2012, con un valore del costo pro - capite ponderato che è passato da 1.775 euro (anno 2011) a 1.761 euro.

Inferiore al valore medio regionale appare il finanziamento pro-capite ponderato per i cittadini residenti nella provincia di Rimini (1.532 contro 1.598 euro il valore numerico) dato questo, in maniera evidente ed auspicabile, suscettibile di riequilibrio.

L'analisi in termini di costi per livello di assistenza mostra i risultati del processo, talora indicato come di "transizione organizzativa", attraverso il quale anche nella provincia di Rimini è avvenuto lo spostamento del baricentro dell'assistenza dal livello ospedaliero, che ora assorbe una quota del 38% delle risorse economiche, a quello distrettuale, il cui costo "pesa" per circa il 59,5%; circa il 2,5% è la proporzione di risorse assorbite dall'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.



Volendo scendere ad un livello di maggior dettaglio merita di essere segnalato con riferimento alla:

1. assistenza ospedaliera

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione registrato presso l'Ausl di Rimini nel 2013 sembra confermare il trend in diminuzione già registrato negli anni precedenti, anche se il dato disponibile non è confrontabile in quanto privo del contributo dei ricoveri dei residenti al di fuori delle strutture dell'AUSL (mobilità passiva); il tasso attualmente calcolato si attesta a 138,9 dimessi per 1.000 ab., che si compone di 107,7 x 1.000 in regime ordinario e 31,2 x 1.000 in DH. Tutti i valori sopra rappresentati sono inferiori a quelli medi regionali di riferimento.

Analizzando in maniera più specifica il dato complessivo va altresì osservato come il tasso riferito ai dimessi per DRG medici dagli ospedali pubblici dell'Azienda sia lievemente superiore a quello regionale (73,8 x 1.000 a Rimini rispetto al valore regionale di 72,7 x 1.000), mentre al contrario il tasso per DRG chirurgici dell'Azienda è inferiore a quello corrispondente medio registrato in Regione (rispettivamente 48 x 1.000 vs. 51,5 x 1.000). Il dato riferito all'ospedalizzazione per DRG medici sembra particolarmente influenzato dal non completamento del processo di passaggio al regime ambulatoriale (Day-Service) di numerosi DH medici, processo che si intende accelerare già nel 2014: infatti il tasso di ospedalizzazione per DRG medici in DH risulta chiaramente superiore a Rimini (17,5 x 1.000 ab.) rispetto al valore regionale (15,6 x 1.000 ab.), riferendosi in particolare alle strutture pubbliche degli ambiti aziendale e regionale. Al contrario lo stesso processo sembra più avanzato in ambito chirurgico, dove il tasso per DRG chirurgico (10,8 x 1.000 ab.) è significativamente inferiore a quello regionale di riferimento (13,6 x 1.000 ab.).

2. assistenza distrettuale

Nel corso dell'anno 2013 sono state istituite 4 Case della Salute caratterizzate da una più stretta integrazione dei servizi presenti: una di tipologia media, nel comune di Morciano (recentemente visitata e valutata positivamente dalla Commissione Regionale), e tre di tipologia piccola situate a Bellaria, Santarcangelo e Coriano in fase di adeguamento strutturale.

In incremento negli ultimi anni è il numero di pazienti presi incarico dal servizio di assistenza domiciliare integrata con un numero d'assistiti che è passato da 5.515 nel 2009 a 7.121 nel 2013, così come è aumentato il numero di pazienti con gravissime disabilità acquisite presi in carico che è passato da 88 nell'anno 2008 a 107 nel 2013.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale il trend di consumo aziendale è in diminuzione nel corso del triennio 2011 – 2013, e l'indice di consumo riferito alla generalità delle prestazioni specialistiche mostra che la popolazione della Provincia di Rimini consuma mediamente meno rispetto a quella della Regione nel suo complesso.

Il costante e progressivo incremento del numero di utenti che afferiscono ai Centri di Salute Mentale (CSM) è fenomeno ben noto nella Regione Emilia-Romagna da porre, verosimilmente, in relazione all'accresciuta capacità di individuare le problematiche psichiatriche, alla costruzione di una sempre migliore offerta di servizi ed al miglioramento dell'accessibilità agli stessi che fanno sì che un numero sempre più elevato di persone entri in contatto con i CSM. Per quanto riguarda la Provincia di Rimini gli utenti dei CSM sono passati da 4.184 nel 2009 a 5.328 nel 2013.

Di rilievo l'incremento del numero di prestazioni consultoriali effettuate, con particolare riferimento al numero di donne seguite in gravidanza, passato da 1.788 nel 2011 a 1.905 nel 2013, con una proporzione di donne gravide seguite rispetto al numero di bambini nati vivi che si colloca attorno al 66%, di cui circa la metà rappresentate da donne immigrate.

La spesa farmaceutica netta pro-capite pesata nell'Azienda USL di Rimini è stata, nel 2013, pari ad 108,13 euro (137,73 nel 2011), a fronte di un valore per la RER di 125,38 euro (153,01 nel 2011) venendosi a confermare la significativa capacità di governo del fenomeno già dimostrata negli anni precedenti.



3. assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il livello di adesione agli screening promossi dalla RER per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto può essere giudicato soddisfacente, sebbene migliorabile, nella porzione di territorio provinciale "storica", mentre maggiori difficoltà si registrano in Alta Valmarecchia con riferimento agli screening per la prevenzione del tumore della mammella e del colon-retto, proposti per la prima volta alla popolazione nel corso dell'anno 2010. Nel corso degli anni 2011 e 2012 si sono registrati significativi aumenti degli screening nei comuni dell'Alta Valmarecchia.

L'esame dei dati riguardanti le coperture vaccinali al 24° mese, con riferimento sia alle vaccinazioni obbligatorie che a quelle raccomandate, mostra valori che, nell'ambito di una sostanziale stabilità, pur potendo essere considerati buoni i livelli di copertura, sono inferiori alla media regionale di qualche unità percentuale, in questo modo testimoniando la presenza di elementi di disaffezione rispetto a questa pratica profilattica, peraltro in gran parte riconducibili alla presenza nel territorio provinciale di un movimento di opinione che si pone in posizione di critica radicale rispetto alla pratica della vaccinazione.

2.1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA, FINANZIARIA, PATRIMONIALE

2.1.1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA

- **Risultato netto di esercizio:** Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

	anno 2011	anno 2012	anno 2013
Risultato netto di esercizio	-5.040	0	16
Fonte: bilancio di esercizio aziendale (dato in Euro x 1000)			

Il risultato d'esercizio registra un utile d'esercizio pari ad euro 16.308,59, in linea con l'obiettivo assegnato ed in continuità con gli esercizi precedenti.

- **Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non, sul risultato netto:**
Contributo della gestione caratteristica e non nella formazione del risultato netto.
Formula di calcolo: Risultato Netto/Risultato Operativo Caratteristico (ROC)x100

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-112%	-295.350%	872.880%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	+12%	+295.250%	-882.880%
Fonte: Bilancio d'esercizio e riclassificato regionale Per il confronto tra indicatori aziendali e medie regionali si utilizza la media del gruppo di Aziende omogenee (AUSL senza azienda ospedaliera)			

N.B: l'indicatore viene convenzionalmente espresso nel seguente modo:

- in caso di RN tendente al pareggio e ROC negativo, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto viene indicata con -100%, mentre l'incidenza della gestione non caratteristica viene indicata con +100%; ciò, ad indicare che la performance positiva aziendale è ascrivibile interamente alla gestione non caratteristica
- in caso di RN tendente al pareggio e ROC positivo, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto viene indicata con +100%, mentre l'incidenza della gestione non caratteristica viene indicata con -100%.
- nell'esercizio 2001, nei casi di RN tendente al pareggio, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto è stata convenzionalmente indicata con 100%, mentre l'incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto è stata indicata con 0%, indipendentemente dal valore di ROC; tale scelta nasce dalla straordinarietà degli interventi a finanziamento dell'anno 2001, nel quale sono stati contabilizzati già in sede di bilancio d'esercizio contributi a copertura di perdite tendenziali.
- Gestione Caratteristica: ricavi e costi strettamente collegati all'attività istituzionale (attività sanitaria) es. esclusi proventi ed oneri finanziari e straordinari ed imposte

Per gestione caratteristica si intendono i ricavi e costi strettamente collegati all'attività istituzionale (attività sanitaria), sono esclusi ad esempio i proventi ed oneri finanziari, le imposte ed i proventi ed oneri straordinari.

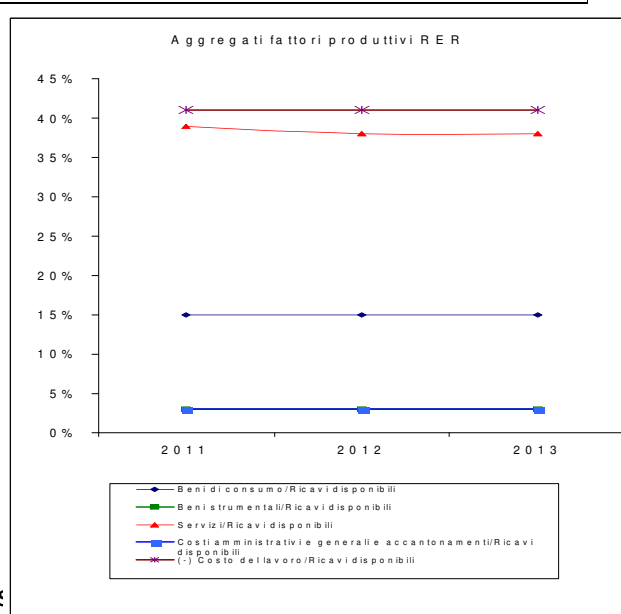
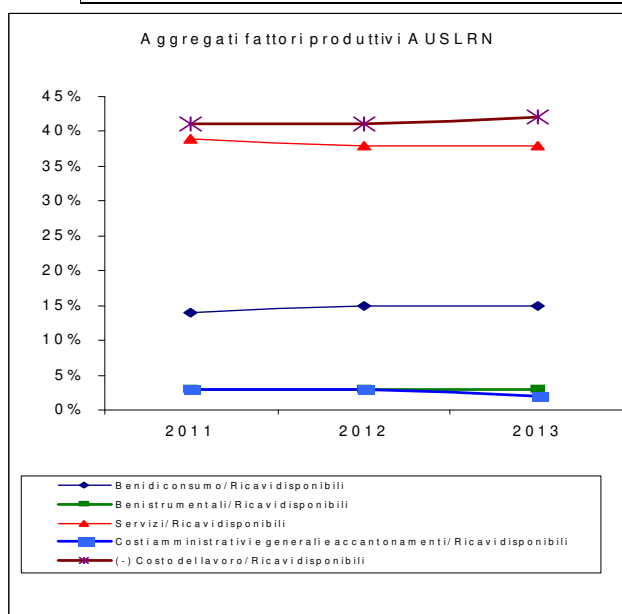
– **Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento a confronto con regione***

Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali *.

Formula di calcolo: (principali aggregati Fattori produttivi/Ricavi Disponibili)*100

Principali aggregati di fattori produttivi su Ricavi disponibili	Azienda USL di Rimini			Regione*		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Beni di consumo/Ricavi disponibili	14%	15%	15%	15%	15%	15%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Servizi/Ricavi disponibili	39%	38%	38%	39%	38%	38%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	3%	3%	2%	3%	3%	3%
(-) Costo del lavoro/Ricavi disponibili	41%	41%	42%	41%	41%	41%

Fonte : Conto economico riclassificato regionale
* Il dato regionale è quello inerente Aziende omogenee tra loro, cioè quelle senza Azienda Ospedaliera



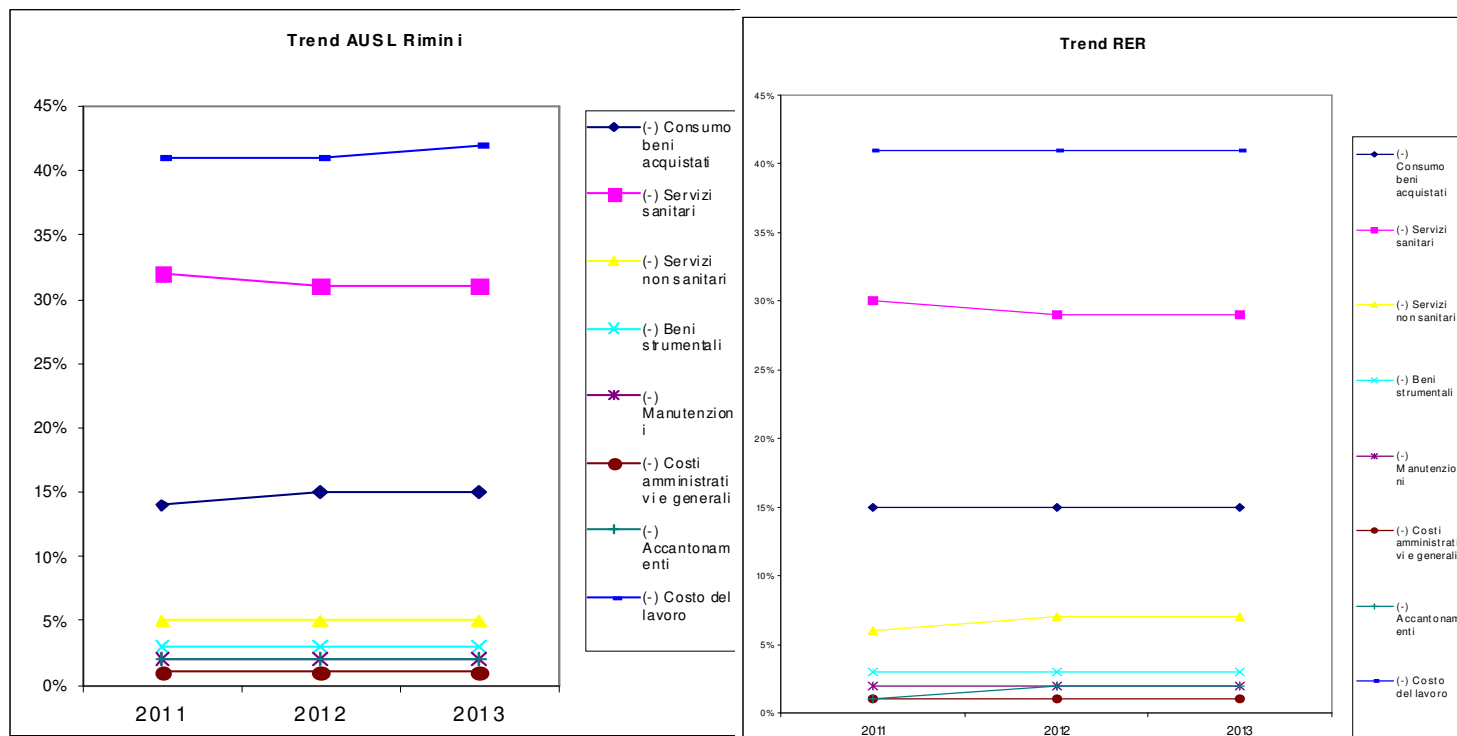
– **Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali:** evidenza della struttura dei costi Aziendali

Formula di calcolo : categorie di costi/Costi Complessivi (da schema riclassificazione RER)

Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali	Azienda USL di Rimini			Regione*		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
(-) Consumo beni acquistati/Totale Costi	14%	15%	15%	15%	15%	15%
(-) Servizi sanitari/Totale Costi	32%	31%	31%	30%	29%	29%
(-) Servizi non sanitari/Totale Costi	5%	5%	5%	6%	7%	7%
(-) Beni strumentali/Totale Costi	3%	3%	3%	3%	3%	3%
(-) Manutenzioni/Totale Costi	2%	2%	2%	2%	2%	2%
(-) Costi amministrativi e generali/Totale Costi	1%	1%	1%	1%	1%	1%
(-) Accantonamenti/Totale Costi	2%	2%	2%	1%	2%	2%
(-) Costo del lavoro/Totale Costi	41%	41%	42%	41%	41%	41%
TOTALE COSTI	520.247	522.265	513.561	2.538.792	2.550.851	2.515.067

Fonte : Conto economico riclassificato regionale * Il dato regionale è quello inerente Aziende omogenee tra loro, cioè quelle senza Azienda Ospedaliera

Come si evince dalla tabella, l'incidenza della struttura costi dell'azienda Usl di Rimini è sostanzialmente allineata a quella regionale.



Prospetto riepilogativo dell'FRNA a fronte delle principali destinazioni d'uso

Oneri a rilievo sanitario e rette	24.781.287
Servizi assistenziali	2.859.538
Assegni e contributi	3.194.278
Oneri sanitari anziani strutture a gestione diretta	1.189.478
Totale	32.024.581

Per l'anno 2013 le risorse assegnate da Regione ammontano a euro 33.384.599. Dall'analisi del bilancio frna 2013 risulta una spesa totale per l'acquisto di servizi a favore della popolazione non autosufficiente leggermente incrementata rispetto al 2012 ma pur sempre inferiore rispetto a quanto programmato ad inizio anno.

2.1.2 SOSTENIBILITA' FINANZIARIA

- Rendiconto finanziario di liquidità

DEFINIZIONE: dinamica dei flussi monetari - modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie – relativi all'esercizio.

Formula di calcolo: rendiconto finanziario di liquidità

	Anno 2012	Anno 2013
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-16.466.516	-9.273.057
DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	- 9.273.057	-10.179.150
Fonte : COGE; elaborazione dei dati Azienda USL di Rimini		

Il Rendiconto finanziario di liquidità è stato redatto secondo lo schema previsto dal D.Lgs 118/2011,

per il calcolo del dato "disponibilità liquide finali" sono state considerate le seguenti voci di Stato Patrimoniale:

B.IV.1 "denaro e valori in cassa", B.IV.4 "conto corrente postale" ed infine D.8 "debiti verso Istituto Tesoriere".

- Debiti medi per forniture in conto esercizio / (costi per beni e servizi/360):

descrive la durata media dell'esposizione verso fornitori,

Formula di calcolo : $[(\text{debiti iniziali} + \text{debiti finali})/2]/(\text{costi per beni e servizi}/360)$

	Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi*	Durata media dell'esposizione (gg)
ANNO 2011	208.677.842	208.412.215	398.092.473	330
ANNO 2012	203.408.189	167.554.113	388.570.807	172
ANNO 2013	167.554.113	119.948.808	387.863.249	133
	Fonte dati 2012 e 2013: per le partite di debito tabella 42 nota integrativa, per "costi per beni e servizi" conto economico sanitario ex D. Lgs. 118/2011 alle voci B.1 (Acquisti di beni) B.2 (acquisti di servizi sanitari) B.3 (Acquisti di servizi non sanitari) B.5 (Godimento di beni di terzi)			

Come si può notare nell'anno 2013 la durata media di esposizione è notevolmente ridotta per effetto dell'erogazione straordinaria di cassa ricevuta in due tranches, il 31/07/2013 per euro 19.490.449,47 e 26/11/2013 per euro 14.222.865,62, in applicazione del D.L. 35/2013 "disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione..".

2.1.3 SOSTENIBILITA' PATRIMONIALE

- **Stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria:** riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/finanziamento.

	2010	2011	2012	2013
ATTIVITA' CORRENTI				
TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	386	1.510	414	688
TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE	189.035	214.526	198.152	153.955
TOTALE RIMANENZE	7.416	10.013	8.702	9.298
TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	196.838	226.049	207.268	163.941
ATTIVITA' FISSE				
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	2.555	2.255	2.108	2.422
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	254.669	269.979	272.517	273.268
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE E VARIE	1.583	1.583	1.584	1.358
TOTALE GENERALE IMMOBILIZZAZIONI	258.807	273.818	276.208	277.048
ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI	455.645	499.867	483.477	440.989
PASSIVITA' - FINANZIAMENTI DI TERZI				
TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	327.555	350.625	327.127	246.053
TOTALE FINANZIAMENTI A MEDIO LUNGO TERMINE	32.165	55.064	52.315	54.153
TOTALE PATRIMONIO NETTO	95.925	94.178	104.035	140.449
TOT PASSIVITA' CONT C/CAP PN FIN NETTI	455.645	499.867	483.477	440.655

Fonte : Riclassificato Bilancio d'Esercizio

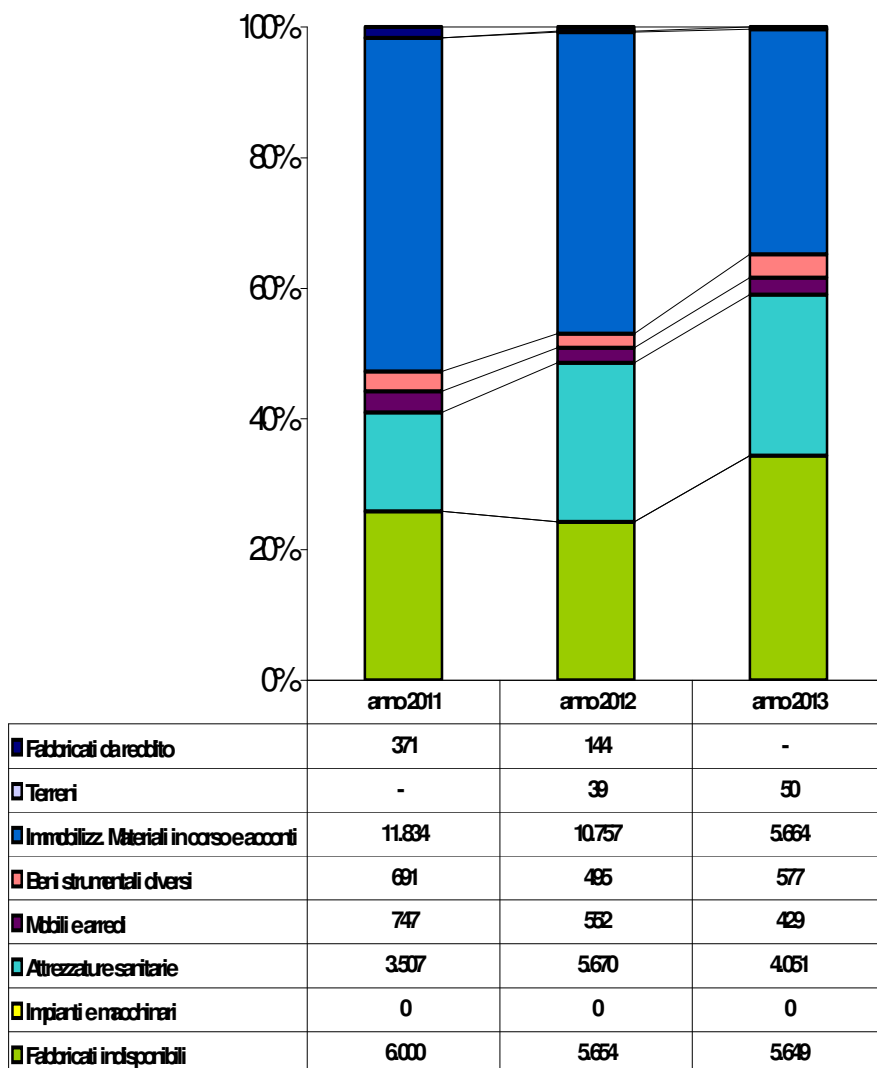
Dati percentuali - attività e Passività

	ATTIVITA'		PASSIVITA'		
	2012	2013	2012	2013	
Liquidità immediate e differite	41%	35%	68%	56%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	2%	11%	12%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	57%	63%	22%	32%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'
Fonte: Bilancio d'esercizio AUSL Rimini-					

La composizione delle attività mette in evidenza un fenomeno di minor liquidità immediate e di incremento delle immobilizzazioni, mentre fra le passività si verifica una sostanziosa riduzione dei finanziamenti a breve termine ed un forte incremento del patrimonio netto.

VALORE ASSOLUTO NUOVI INVESTIMENTI

Descrizione: rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia



2.2 IL PROFILO AZIENDALE IN RELAZIONE ALL' IMPATTO SUL CONTESTO TERRITORIALE

2.2.1 IMPATTO ECONOMICO: contributo dell'Azienda all'economia del territorio

- Numero di dipendenti totali e per ruolo**

RUOLI	NUMERI ASSOLUTI		
	2011	2012	2013
Ruolo Sanitario	2.748	2.786	2.818
Ruolo Tecnico	681	703	701
Ruolo Professionale	9	8	9
Ruolo Amministrativo	382	391	381
Totale ruoli	3.820	3.888	3.909
Personale a tempo determinato – ogni ruolo	449	425	427
Totale generale	4.269	4.313	4.336

L'Azienda USL di Rimini si estende su di un territorio che comprende 27 Comuni nell'ambito dei quali, i servizi ospedalieri, territoriali e amministrativi danno occupazione, complessivamente, a 4.336 dipendenti (considerando sia il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che quello a tempo determinato).

Nel mercato del lavoro, già da diversi anni, si sono inseriti i lavoratori provenienti dai paesi della Comunità Europea e da quelli extra CEE.

Nell'ambito aziendale sono stati impiegati negli ultimi tre anni lavoratori stranieri (sia CEE che extraCEE).

Al 31.12.2013 risultano in servizio 58 lavoratori assunti nell'ambito delle categorie protette.

- Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Guardia Medica (per residenti e turistica) e Medici Ambulatoriali (specialisti e medicina dei servizi)**

	Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013	
	n.	netto pagato	n.	netto pagato	n.	netto pagato	n.	netto pagato
MMG assistenza primaria	238	21.606.021	237	21.913.307	233	21.267.417	235	22.361.748
PLS pediatri libera scelta	45		47		48		48	
Medici Guardia Medica residenti ed Emergenza san. Terr/le	110	2.790.251	90	2.834.556	94	2.897.633	101	3.057.517
Medici Guardia Medica turistica	40	160.000	36	103.377	40	111.981	36	115.544
Medici specialisti ambulatoriale e Medicina dei Servizi. N. 10 medici della Medicina dei Servizi sono anche Medici della assistenza primaria	77	2.491.650	82	2.434.113	84	2.528.446	83	2.495.588
TOTALE	510	27.047.922	492	27.285.352	499	26.805.477	503	28.030.397

Il numero dei medici si intende al 31 Dicembre di ogni anno solare.

I maggiori costi sostenuti per MMG e PLS nel corso dell'anno 2013 sono in realtà da considerare alla luce della struttura dell'Accordo Locale per la medicina generale anno 2013, nel quale si è previsto che una quota, parte integrante della retribuzione mensile del MMG, che era stata corrisposta agli stessi per l'anno 2012 non in corso d'anno, ma a saldo nell'anno 2013, previa verifica circa il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, venisse invece ripristinata con cadenza mensile nell'anno 2013. Pertanto il netto corrisposto nel 2013 è già comprensivo delle predette quote.

- Volume di emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato**

Volume emolumenti (importo netto in Euro)	al 31/12/2010	al 31/12/2011	al 31/12/2012	al 31/12/2013
PERSONALE CONVENZIONATO (MMG, PLS, Guardie mediche, specialisti e Medicina dei servizi)	27.047.922	27.285.352	26.805.477	28.030.397
PERSONALE DIPENDENTE	102.077.364	105.956.524	105.267.784	107.606.349
TOTALE	129.125.286	133.241.876	132.073.261	135.636.746

2.2.2 IMPATTO SOCIALE: riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda

Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini

Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini		
	Numero	Valore totale
Anno 2010	6	48.865
Anno 2011	5	8.515
Anno 2012	7	5.630
Anno 2013	9	390.415
\Fonte : Azienda AUSL di Rimini		

- Donazioni e contributi ricevuti da associazioni, enti pubblici ed altri soggetti**

	2011		2012		2013	
	Numero	Valore totale	Numero	Valore totale	Numero	Valore totale
Totale	8	43.515	11	42.530	13	442.855
Donazione da parte di Associazioni	3	35.000	3	35.600	2	13.000
Donazioni da parte di enti Pubblici						
Altri Soggetti	5	8.515	8	6.930	11	429.855
Fonte : Azienda AUSL di Rimini						

L'andamento delle donazioni registra un forte incremento nel corso del 2013 a seguito di un lascito di un privato a favore dei pazienti oncologici del reparto di Pediatria dell'Ospedale Infermi di Rimini.

2.2.3 IMPATTO CULTURALE: contributo dell'Azienda allo sviluppo di più ampie politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio

L'Azienda U.S.L. di Rimini è proprietaria di numerose opere d'arte pervenute dagli Enti confluiti e, particolarmente, dall'Ente Ospedaliero Infermi di Rimini, come risulta dalla deliberazione di ricognizione n. 1068 del 30/06/1994.

Si tratta di oltre 50 opere fra dipinti e sculture, di vario interesse storico e artistico; la maggior parte di esse proviene dalle soppressioni ecclesiastiche effettuate in epoca napoleonica, e solo una piccola parte è stata direttamente commissionata per esigenze d'uso o proviene da benefattori delle istituzioni socio-sanitarie. Abbracciano un arco cronologico piuttosto ampio (dal XIV al XX secolo) e quasi tutte sono state depositate presso il Museo della Città di Rimini ai fini di una migliore conservazione e fruibilità da parte dei cittadini¹.

Dette opere, opportunamente stimate, sono state inserite nello stato patrimoniale iniziale dell'Azienda U.S.L., per un valore complessivo, riferito alla data dell'01/01/1997, di Lire 1.435.500.000 pari a € 741.373,87 (deliberazione n. 1699 del 30/12/1997).

Nel corso dell'anno 2013 è stato avviato da parte dell'Azienda U.S.L. di Rimini – in collaborazione con l'Istituto Musei Comunali di Rimini – un processo di ricognizione delle opere d'arte di proprietà della stessa Azienda U.S.L. attualmente conservate presso il Museo della Città al fine di aggiornare il deposito mediante la stipula di un nuovo contratto.

Anche nell'anno 2013 il Dott. Stefano De Carolis, Referente per la valorizzazione del patrimonio storico, artistico e culturale dell'Azienda U.S.L. di Rimini, ha continuato a collaborare con la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto per i Beni Artistici, Culturali e Naturali (I.B.C.) al Progetto per la valorizzazione dei beni culturali delle Aziende Sanitarie regionali e, in particolare, alla futura realizzazione di una guida cartacea e di un sito web ufficiale dedicati al patrimonio dei beni culturali delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Giovedì 30 maggio 2013 tre importanti opere d'arte sono tornate al Museo Storico Archeologico (Musas) di Santarcangelo di Romagna, dopo un intervento di restauro effettuato presso il laboratorio Fedeli di Firenze e finanziato dall'Istituto dei Beni Culturali della Regione Emilia-Romagna. Tra queste opere la più importante è sicuramente il tabernacolo marmoreo a muro già collocato nella cappella dell'ex Ospedale di Santarcangelo, che è stato rimosso all'inizio dei recenti lavori di ristrutturazione cui è stato sottoposto l'edificio, ceduto dall'Azienda U.S.L. all'Amministrazione comunale clementina, per essere destinato a Casa della Cultura. Il delicato intervento di recupero ha portato alla luce decori e particolari iconografici ricchi di significato che permettono di anticiparne la datazione al XV secolo.

Il 2 agosto 2013, presso l'Ospedale Cervesi di Cattolica, si è svolta la cerimonia di consegna di due serigrafie del pittore, scultore e ceramista marchigiano Guerrino Bardeggia (1937-2004), donate all'ospedale dalla famiglia dell'artista in segno di stima nei confronti della struttura sanitaria e – in particolare – dell'U.O. di Chirurgia della spalla e del gomito diretta dal Dott. Giuseppe Porcellini.

¹ Sul patrimonio artistico aziendale cfr. M. Cesarini, *Le opere d'arte dell'Ospedale*, in Rimini. *Misericordia e Soccorso. La città e l'ospedale fra archeologia e storia*, a cura di M. Cartoceti e S. De Carolis, Rimini [2004], pp. 34-46; S. De Carolis, *Brevi note sul patrimonio artistico dell'Azienda U.S.L. di Rimini*, in *Pennelli per la vita* – 3, Rimini 2007, pp. 12-16.

2.2.4 IMPATTO AMBIENTALE: Effetti indotti sull'ambiente dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'Azienda

- **Monitoraggio quali - quantitativo sull'uso di energia elettrica e termica ed interventi per lo sviluppo della produzione e dell'utilizzo di energia derivante da fonti rinnovabili, da cogenerazione e da sistemi tecnologici innovativi**

L'Azienda USL di Rimini nel 2013, in merito al progetto regionale per le "Politiche per l'uso razionale dell'energia", ha proceduto in accordo con il programma delle azioni assunte dalla Regione e con gli obiettivi assegnati al proprio Direttore Generale.

In particolare, i principali interventi inerenti l'uso razionale dell'energia sono stati:

1. L'adesione alla gara regionale, tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica e per la fornitura di gas;
2. La realizzazione di campagne di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolte agli operatori delle Aziende sanitarie per l'uso razionale dell'energia, in accordo con le disposizioni regionali; in particolare sono state intraprese le seguenti azioni:
 - Attivazione, fin dal 2010, della casella di posta elettronica "iospengolospreco@auslrn.net" per la raccolta dei suggerimenti e delle proposte in merito all'uso razionale dell'energia;
 - Attivazione, fin dal 2010, del sito internet aziendale all'indirizzo www.ausl.rn.it/energia per la sensibilizzazione degli operatori all'uso razionale dell'energia e l'informazione dei medesimi sugli interventi di risparmio energetico che l'Azienda USL di Rimini ha messo in atto;
 - newsletter periodica via e-mail, per la comunicazione dei risultati, lo stimolo a proporre idee, la diffusione dei "decaloghi" al cambio di stagione;
 - effettuazione di specifiche attività formative/informative trasversali, con moduli da 20 minuti circa inerenti il risparmio energetico ed il rispetto ambientale, inserite nell'ambito di corsi formativi organizzati dall'Azienda USL di Rimini (es. formazione personale infermieristico, formazione inerente la sicurezza nei luoghi di lavoro, ecc.);
 - campagna di sensibilizzazione, con lo sviluppo interno di oltre 20 diversi manifesti, esposti in centinaia (circa 600) di luoghi "sensibili" (atri, vani scala, sale attesa, bagni pubblici, ecc.) periodicamente sostituiti, a seconda dell'utilizzo stagionale degli impianti;
 - realizzazione, in collaborazione con la Regione, di n. 2 eventi informativi denominati "Lo sviluppo sostenibile in sanità", inerenti il risparmio energetico, il rispetto per l'ambiente e la mobilità degli operatori.
3. Il monitoraggio quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica e termica, sulla base di indicatori predisposti dal Gruppo Regionale Energia;
4. L'applicazione, nell'ambito del programma degli interventi di ristrutturazione, ampliamento e costruzione di nuovi fabbricati, di soluzioni progettuali premianti dal punto di vista della riduzione dei consumi, in accordo e applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici (DGR 1730/2007).
5. La prosecuzione di un ambizioso programma pluriennale di interventi finalizzati al risparmio energetico ed all'uso razionale dell'energia, denominato "*Piano delle Azioni per il miglioramento della sostenibilità energetica dell'Azienda USL di Rimini per gli anni 2010-2013*". Tale programma prevede la realizzazione di numerosi interventi inerenti:
 - a. L'efficienza energetica degli impianti termici;
 - b. L'efficienza energetica degli impianti elettrici;
 - c. L'impiego delle fonti rinnovabili di energia;
 - d. Il risparmio idrico;

- e. Il recupero delle agevolazioni fiscali;
- f. La sensibilizzazione degli operatori all'uso razionale dell'energia.

In particolare nel periodo 2010 - 2013 sono stati portati a compimento importanti interventi di seguito brevemente riassunti:

Interventi per l'efficienza energetica degli impianti termici:

- sostituzione di caldaie tradizionali con caldaie a condensazione presso le centrali termiche di 7 strutture sanitarie: ospedali di Cattolica, Novafeltria e Santarcangelo, Colosseo, RSA di via Ovidio – Rimini, Poliambulatorio dell'ospedale di Rimini, sede distrettuale "I Tigli" di Rimini;
- realizzazione termocappotto nell'edificio Colosseo (riqualificazione energetica dell'involucro dell'edificio) e nell'edificio A dell'ospedale di Novafeltria;
- trattamento dei circuiti delle caldaie a vapore (aumento dell'efficienza delle caldaie e riduzione consistente dell'acqua calda di spurgo) e riqualificazione della Centrale Termica con nuova caldaia ad alto rendimento dell'ospedale di Rimini e della sede distrettuale di Rimini di via Circonvallazione;
- installazione di 600 valvole termostatiche.

Interventi per l'efficienza energetica degli impianti elettrici:

- sostituzione di n. 140 motori dei ventilatori delle UTA con altrettanti del tipo ad alta efficienza;
- sostituzione di n. 7 gruppi frigoriferi di grandi dimensioni con altrettanti del tipo ad alto rendimento nelle strutture ospedaliere e nelle altre principali sedi aziendali;
- sostituzione di n. 250 split di vecchia generazione (R22) con modelli a più elevato rendimento (VRV, ecc.);
- attivazione del programma per lo spegnimento automatico da remoto dei personal computer (intervento da concludersi entro la primavera 2010);
- installazione di due impianti di cogenerazione (per un totale di 1,35 MW elettrici e 1,5 MW termici) presso l'ospedale di Rimini e presso l'ospedale di Cattolica;
- installazione in tutte le sedi aziendali di oltre 2.500 corpi illuminanti ad alta efficienza di cui 1.800 a led;
- installazione di oltre 300 sensori di presenza nei servizi igienici e nei locali ciechi di tutte le sedi aziendali.
- Impiego delle fonti rinnovabili di energia:
- realizzazione di n. 4 impianti di produzione di energia elettrica tramite pannelli fotovoltaici presso l'ospedale di Rimini, presso l'asilo aziendale (c/o ospedale di Rimini), presso il fabbricato denominato Colosseo e presso la Casa Protetta di Montescudo (per complessivi 160 kWp).

Interventi per il risparmio idrico:

- trattamento dei circuiti delle torri evaporative (riduzione consistente dell'acqua di spurgo);
- installazione di n. 270 cassette dei WC a doppio pulsante, capaci di funzionare con 3 o 6 litri invece dei 9 litri dei vecchi modelli tradizionali);
- installazione di oltre 500 erogatori a basso flusso.

Incentivazioni

Nell'ambito della strategia di riqualificazione si è portato a regime il sistema di valorizzazione delle incentivazioni disponibili, ottenendo nel 2013 introiti o riduzioni di spesa pari a 50.000 € circa come detrazioni fiscali, 120.000 € circa come Titoli di Efficienza Energetica (primo ente pubblico in Italia ad avere accesso alla Borsa gestita dal GME e secondo dopo la Provincia di Trento ad averli valorizzati in modo autonomo) e circa 30.000 € tra incentivi in Conto Energia, Scambio sul Posto e Ritiro dedicato per la cessione delle eccedenze di produzione di elettricità.

Riconoscimenti ottenuti

L'adozione del PMS ha permesso all'Azienda USL di Rimini di ottenere in questi anni importanti riconoscimenti di livello nazionale in tema di risparmio energetico e rispetto per l'ambiente.

Su tutti va menzionato il premio "Progetti sostenibili e Green Public Procurement 2011" – sezione Amministrazioni assegnato all'Azienda USL di Rimini (quale vincitore insieme alla Provincia di Roma) da Consip e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con il patrocinio del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare.

Gli altri premi e riconoscimenti ottenuti sono:

- Forum PA (menzione categoria best practices per la gestione dei patrimoni pubblici) – 2013;
- Ethic Award (categoria greening e vincitore assoluto) – 2011;
- ABB Energy Efficiency Award (vincitore categoria B2) – 2011;
- Ecohitech Award (vincitore categoria enti pubblici) – 2011;
- Premio Compraverde (menzione categoria "politica per gli acquisti verdi") – 2011;
- Pianeta Acqua (progetto segnalato, categoria interventi nel settore civile) – 2011;
- Sodalitas Social Award (progetto segnalato, categoria enti pubblici) – 2011;
- Premio innovazione Amica dell'ambiente (progetto segnalato) – 2010;
- Premio economia verde (premio speciale della giuria) – 2010;
- Premio per lo sviluppo sostenibile (progetto segnalato) – 2010;
- Premio ANMDO Ambiente (secondo classificato) – 2010;
- Architettura e sostenibilità (menzione speciale della giuria) – 2010.

Tali riconoscimenti hanno indotto la rubrica "Occhio allo Spreco" di "Striscia la Notizia" a realizzare un servizio sugli interventi realizzati dall'Azienda USL di Rimini (puntata del 31.03.2012), come buon esempio di gestione rispettosa dell'ambiente e dell'uomo.

• Interventi in tema di produzione e gestione dei rifiuti, al fine di ridurre la pericolosità, favorirne il recupero, ottimizzarne la raccolta e lo smaltimento

Nel 2013, proseguendo il trend già avviato da qualche anno, la produzione dei rifiuti speciali dell'Azienda USL di Rimini ha registrato una riduzione complessiva passando da un valore complessivo di 494,601 tonnellate del 2012 a 488,622 del 2013. La diminuzione ha riguardato sia la parte ospedaliera che è passata da 482,616 tonnellate del 2012 a 477,524 del 2013, sia quella territoriale passata da 11,985 tonnellate del 2012 a 11,098 del 2013.

A questo miglioramento nella gestione di rifiuti si è giunti attraverso:

- la ripetizione dell'indagine già effettuata nel 2012 di verifica diretta nelle UU.OO. dei 5 stabilimenti ospedalieri circa le modalità di smaltimento dei rifiuti e del livello di applicazione delle linee guida, con compilazione di una scheda. Durante i sopralluoghi sono anche state fornite indicazioni e suggerimenti al personale per il corretto smaltimento dei rifiuti;

- adesione al progetto di informazione rivolto agli utenti e al personale denominato "C'è vita nell'isola" realizzato in collaborazione con Hera avente, tra le altre, la finalità di sensibilizzazione/incentivazione alla raccolta differenziata;
- incremento nelle Unità locali Ospedaliere e Territoriali della raccolta differenziata, tramite fornitura in collaborazione con Hera degli appositi contenitori, con relativa riduzione dei rifiuti speciali;
- un corso di formazione e sensibilizzazione del personale sanitario sui temi della Sostenibilità in collaborazione con il Mobility Manager, l'Energy Manager e rappresentanti della Regione. Il corso ha dato informazioni di base sulle tematiche ambientali con l'obiettivo di ridurre al minimo gli impatti negativi dell'Azienda sull'Ambiente anche attraverso i comportamenti individuali.
- svolgimento di un corso specifico sulla gestione dei rifiuti sanitari nell'Ospedale di Cattolica, rivolto ai Coordinatori, Infermieri ed OSS, ripetuto 2 volte
- partecipazione al Gruppo Regionale sulla Gestione Ambientale.
- **Interventi di promozione di una mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti o degli utenti**

Nell'ottica di ridurre i costi sostenuti per la gestione del proprio parco auto, l'Azienda u.s.l. di Rimini ha introdotto il progetto "auto in rete". In tal senso è stato implementato un sistema informatizzato di prenotazione delle vetture tramite armadi elettronici installati nelle varie sedi aziendali ove sono presenti i mezzi condivisi. Il sistema, gestito da un software ad-hoc, permette l'ottimizzazione e la razionalizzazione nell'utilizzo delle vetture aziendali, rendendo disponibile la totalità dei mezzi per tutti i dipendenti che ne facciano richiesta nel solo periodo di effettivo utilizzo, questo amplia notevolmente la possibilità di "sfruttamento" delle singole vetture da parte di più utenti nelle diverse fasce orarie della giornata lavorativa. I mezzi inseriti all'interno del sistema a fine 2013 sono oltre 50.

L'innovazione garantisce:

- abbattimento dei costi precedentemente sostenuti dall'azienda per il rimborso chilometrico da corrispondere ai dipendenti che prima dell'implementazione utilizzavano la propria vettura;
- opzione "car-pooling" ovvero la possibilità di aggregare più missioni in caso di destinazione e orari comuni,
- acquisizione di dati statistici sull'utilizzo delle vetture da parte dei vari uffici, l'analisi della carenza e sovrabbondanza di vetture disponibili dal punto di vista temporale e territoriale permettendo di ottimizzare la ripartizione sul territorio
- monitoraggio delle vetture dal punto di vista della manutenzione, quali scadenze per i tagliandi, revisioni, storico degli interventi sulle vetture, etc. , riducendo il rischio di avarie e costose riparazioni per scarsa manutenzione
- priorità all'utilizzo delle vetture più efficienti e con combustibili più ecologici (GPL e metano), con ulteriori risparmi sui costi e gli impatti ambientali dovuti ai consumi di carburante.

Si prevede che l'utilizzo del sistema, che si è ampiamente ripagato in alcuni mesi di utilizzo, genererà un risparmio stimabile nell'ordine del 30-35% rispetto agli anni precedenti, a parità di impiego.

Ulteriori azioni sono state attivate in tema di acquisto e conversione di mezzi a carburanti gassosi (oltre 30 mezzi tra acquistati e convertiti a metano e GPL) e di sperimentazione della mobilità elettrica, con l'acquisto di un mezzo per il trasporto salme e l'acquisizione in comodato di due quadricicli elettrici in via sperimentale.

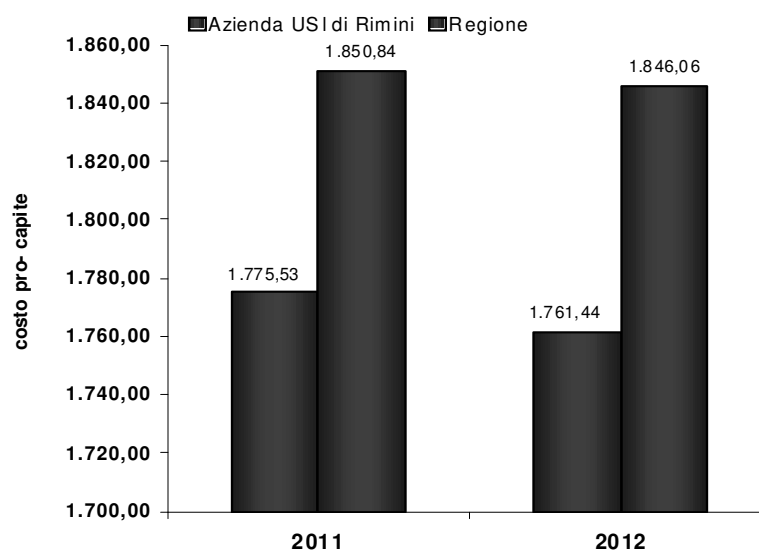
2.3 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

2.3.1 I COSTI

- **Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale**

Aziende	2011			2012		
	Costi	Popolazione	Pro-capite	Costi	Popolazione	Pro-capite
UsI Rn	558.652	314.639	1.775,53	562.860	319.545	1.761,44
RER	8.203.738	4.432.439	1.850,84	8.232.032	4.459.246	1.846,06

Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale- AUSL di Rimini e Regione
anni 2011-2012



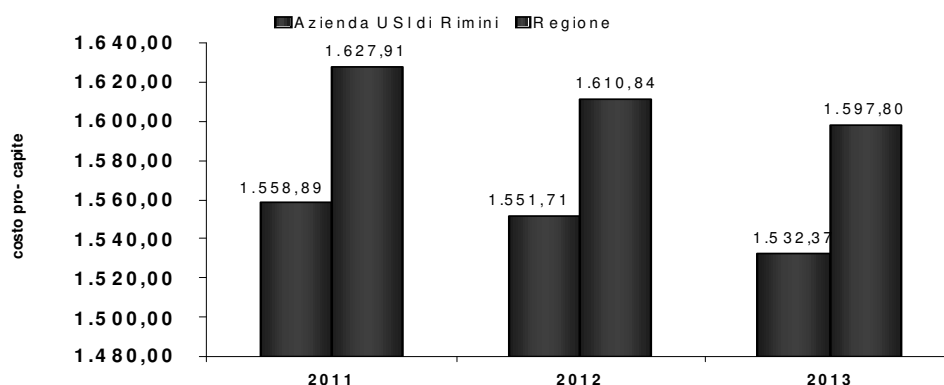
Il costo complessivo pro-capite dell'Azienda USL di Rimini è inferiore rispetto al dato medio regionale.

Lo scostamento aumenta nell'anno 2012 in considerazione della riduzione più marcata a livello aziendale rispetto a quella avvenuta a livello regionale.

- **Finanziamento pro-capite ponderato per i cittadini residenti a confronto con quello pro-capite regionale**

Finanziamento pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale									
Aziende	2011			2012			2013		
	Finanziamento	Popolazione	Pro-capite	Finanziamento	Popolazione	Pro-capite	Finanziamento	Popolazione	Pro-capite
Usl Rn	513.254.741	329.244	1.558,89	515.274.685	332.070	1.551,71	513.850.490	335.331	1.532,37
RER	7.215.611.066	4.432.439	1.627,91	7.183.153.094	4.459.246	1.610,84	7.143.932.436	4.471.104	1.597,80

Finanziamento pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale- AUSL di Rimini e Regione anni 2011/2013

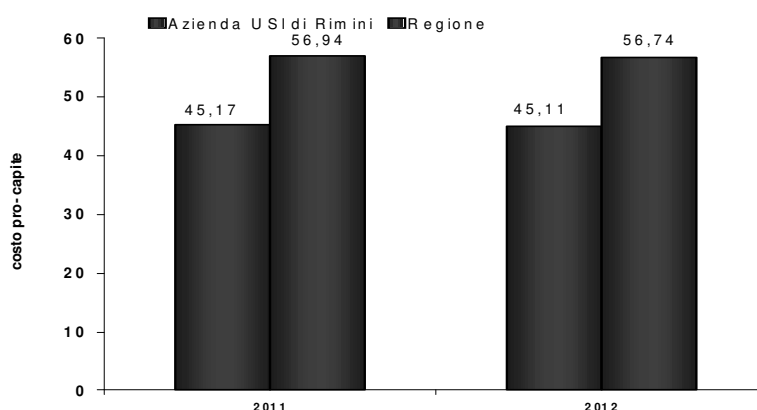


Il finanziamento pro-capite ponderato nel corso del triennio è sempre inferiore rispetto al dato medio regionale con uno scostamento che si è ridotto nel corso dell'anno 2012 per poi tornare ad aumentare nell'anno 2013.

- **Costo pro-capite ponderato per livello di assistenza a confronto con quello medio regionale**

Costo pro – capite sanità pubblica						
Aziende	2011			2012		
	Costi	Popolazione	Pro-capite	Costi	Popolazione	Pro-capite
Usl Rn	13.798	305.443	45,17	14.004	310.416	45,11
RER	252.370	4.432.439	56,94	253.037	4.459.246	56,74

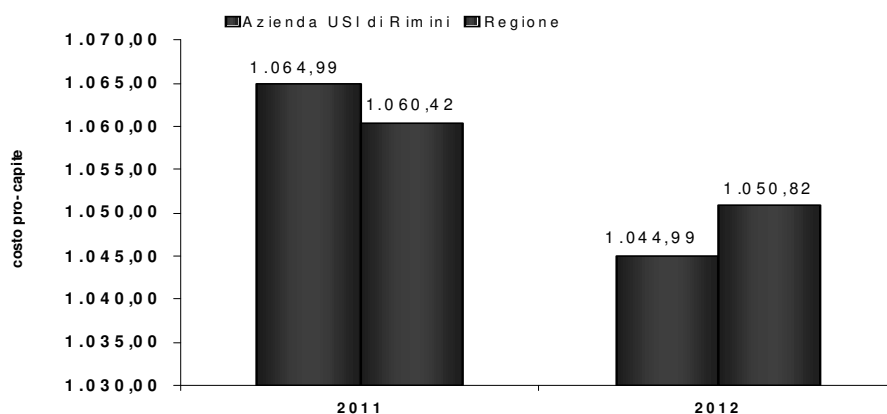
Costo pro-capite sanità pubblica - AUSL di Rimini e Regione
anni 2011/2012



Il costo pro-capite ponderato per l'assistenza di sanità pubblica appare significativamente inferiore rispetto al dato medio regionale con uno scostamento pressoché costante nel biennio 201/2012.

Costo pro – capite assistenza distrettuale						
Aziende	2011			2012		
	Costi	Popolazione	Pro-capite	Costi	Popolazione	Pro-capite
Usl Rn	338.626	317.961	1.064,99	338.804	324.218	1.044,99
RER	4.700.261	4.432.439	1.060,42	4.685.884	4.459.246	1.050,82

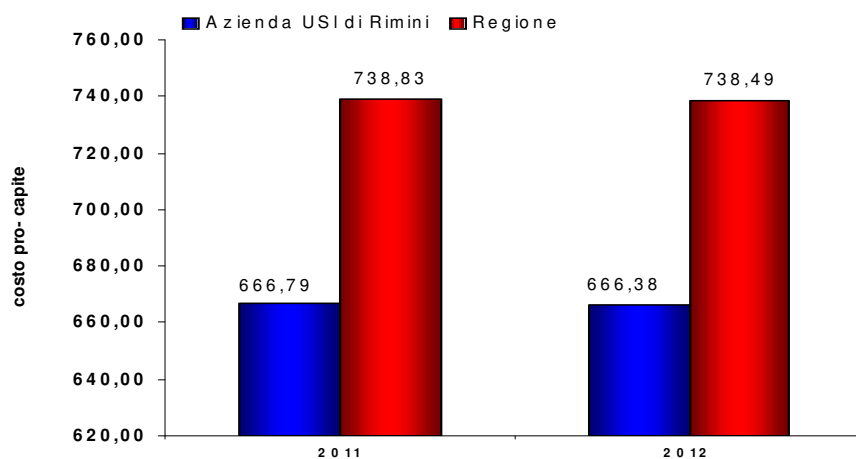
Costo pro-capite assistenza distrettuale - AUSL di Rimini e Regione
anni 2011/2012



Il costo pro-capite ponderato per l'assistenza distrettuale ha subito una forte riduzione nell'anno 2012, portando il valore al di sotto del dato medio regionale.

Costo pro – capite assistenza ospedaliera						
Aziende	2011			2012		
	Costi	Popolazione	Pro-capite	Costi	Popolazione	Pro-capite
Usl Rn	207.912	311.808	666,79	210.052	315.214	666,38
RER	3.274.807	4.432.439	738,83	3.293.110	4.459.246	738,49

**Costo pro-capite assistenza distrettuale - AUSL di
Rimini e Regione
anni 2011/2012**



Il costo pro-capite ponderato per l'assistenza ospedaliera nel corso del biennio 2011/2012 è inferiore rispetto a quello medio regionale e lo scostamento rimane invariato nel periodo preso in esame.

2.3.2 ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella

- **Percentuali di adesione nell'anno agli screening**

Screening oncologici, anno 2013

E' stato garantito il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi:

il 4° round dello screening mammografico (fascia di età 45-49 anni) è terminato 31/12/13;

l'8° round dello screening mammografico (fascia di età 50-74 anni), avviato in gennaio 2012, si è regolarmente concluso il 31/12/13;

il 6° round dello screening citologico, avviato in gennaio 2012, è proseguito regolarmente;

il 4° round dello screening del colon retto si è concluso il 31/03/13 ed iniziato in aprile 2013 il 5° round.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella

L'adesione all'invito corretta nell'anno 2013 è al di sopra dello standard $\geq 75\%$ essendo pari al 75,5% (dati tratti da Scheda di rilevazione nazionale GISMa 2013).

E' proseguito nel 2013 il programma per la valutazione del rischio eredo - familiare per carcinoma della mammella, con relativa presa in carico delle donne a rischio più alto rispetto alla popolazione normale. Il percorso aziendale è strutturato come dettagliato nella DGR n. 220/2011 e nella circolare regionale n.21 del 29/12/11. Al 31/12/13 sono state prese in carico 453 pazienti: nel solo 2013 sono state eseguite 106 visite genetiche semplici e 135 visite genetiche complesse. E' stato assolto regolarmente il debito informativo regionale.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero

L'adesione all'invito corretta per l'anno 2013 supera lo standard (standard desiderabile $\geq 60\%$) raggiungendo il 61,8% (dati tratti da Scheda di rilevazione nazionale GISMa 2013).

Si segnala inoltre che il Responsabile di Programma partecipa al gruppo di lavoro regionale per la riconversione dei programmi di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina mediante l'adozione del test DNA-HPV.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto

L'adesione all'invito nel 2013 è pari al 39,3%, ben lontana dallo standard del 55%. Tale dato tuttavia risente del fatto che il 2013 è costituito dal I trimestre 2013 in cui eseguiamo solo solleciti di non aderenti del round (quindi con adesione bassa), mentre il periodo da aprile a dicembre costituisce il primo periodo del nuovo round con storica bassa adesione, poi sempre recuperata l'anno seguente. Ciò è dimostrato dalla scheda puntuale di rilevazione regionale: la più recente infatti riporta come adesione per l'ultimo biennio un valore pari a 52,5%, quindi prossimo allo standard.

- Copertura vaccinale per infanzia ed adolescenza**

Copertura vaccinale per alcune vaccinazioni nell'infanzia

	POLIO AL 24° MESE*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RIMINI	94,4	94,9	94,8	94,3	93,3	91,9	93,4	92,6
TOTALE RER	97,7	97,6	97,4	97,3	96,7	96,5	96,3	

	MORBILLO AL 24° MESE**							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AUSL RIMINI	88,4	88,2	88,1	87,3	85,5	85,6	87,4	84,2
TOTALE RER	93,7	93,5	93,6	93,7	92,9	92,9	92,6	

	HIB AL 24° MESE*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RIMINI	93,6	93,6	92,9	93,4	91,6	90,8	92,5	91,7
TOTALE RER	96,8	96,7	96,5	96,5	96,0	95,4	95,4	

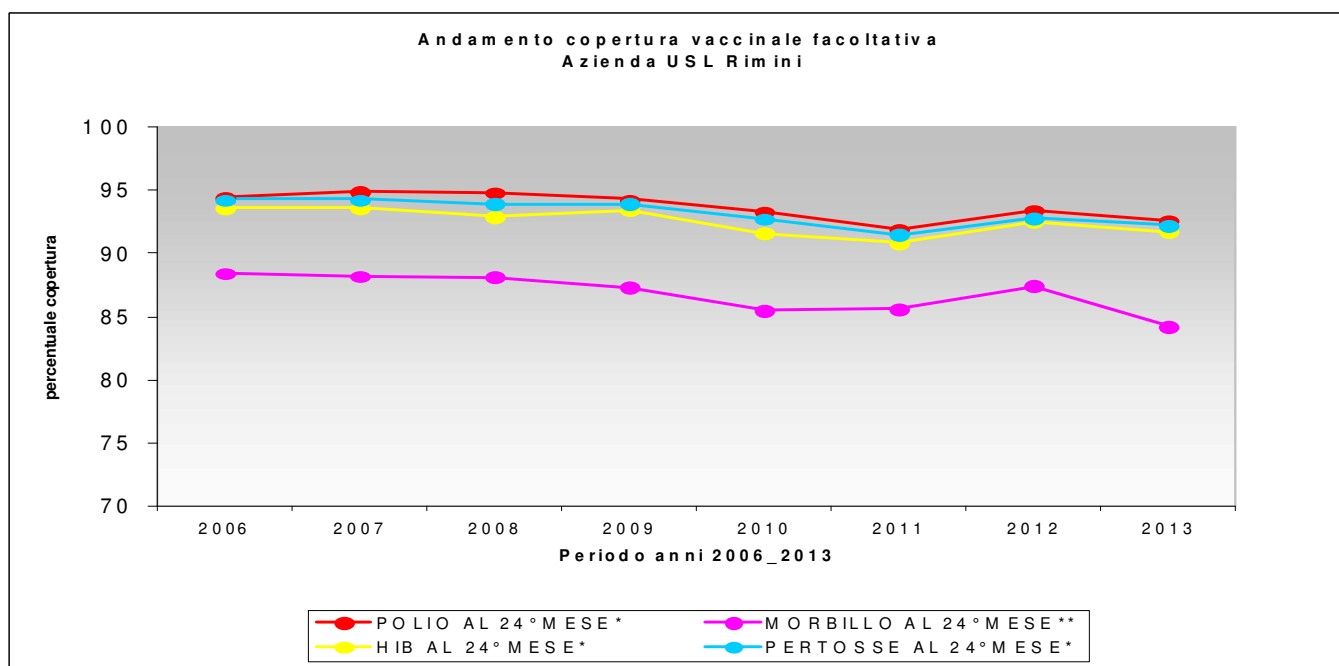
	PERTOSSE AL 24° MESE*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RIMINI	94,3	94,3	93,9	93,9	92,7	91,5	92,8	92,2
TOTALE RER	97,3	97,3	97,1	97,1	96,4	96,2	96	

* bambini che sono stati vaccinati con almeno 3 dosi di vaccino

** bambini che sono stati vaccinati con almeno 1 dose di vaccino

Fonte - Servizio Sanità Pubblica- Regione Emilia-Romagna per gli anni 2006/2012;

Fonte – Unità Pediatrica di Cure Primarie Aziendale per anno 2013 (dato provvisorio)



L'esame dei dati riguardanti le coperture vaccinali mostra un leggero calo delle coperture vaccinali rispetto all'anno precedente in linea con il trend a livello regionale. Si conferma un elevato numero dei dissensi formalizzati fin dai primi mesi di vita e di interruzioni volontarie, non giustificate da problematiche sanitarie del ciclo vaccinale. Al momento non è possibile il confronto coi dati RER in quanto non pervenuti.

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1998 - 2001 al 30/06/2013

	Coorti di nascita							
	1998		1999		2000		2001	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)
Rimini	63,5	59,6	60,9	56,9	64,7	49,0	66,0	61,5
Regione	77,6	73,6	74,3	70,7	74,2	50,0		

Si evince un deciso miglioramento della copertura seppure ancora ci discostiamo dalla media regionale.

Copertura vaccinale meningococco e pneumococco al 31/12/2012

Azienda USL RIMINI	Meningococco		Pneumococco
	Al 24° mese	A 16 anni	Al 12° mese
	% vaccinati	% vaccinati	% vaccinati*
	83,9	66,9	88,8

Fonte: Servizio Sanità Pubblica RER

• Vaccinazione antinfluenzale

TASSO DI COPERTURA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ >64 ANNI

	Campagna 2009/2010	Campagna 2010/2011	Campagna 2011/2012	Campagna 2012/2013
RIMINI	65,1	58,2	59,8	51,2
R.E.R.	73,0	63,3	63,6	54,7

Fonte: Servizio Sanità Pubblica – Regione Emilia-Romagna

Nelle ultime campagne vaccinali, a livello sia provinciale che regionale, i risultati rilevati sono molto inferiori all'atteso: la copertura delle persone con età superiore ai 64 anni si è ulteriormente ridotta nella campagna 2012/2013.

La prevenzione dell'influenza rappresenta un importante intervento di sanità pubblica sia per l'impatto dell'epidemia stagionale sulla popolazione, specie nelle categorie a rischio, sia per l'impegno dei servizi sanitari nell'organizzazione delle campagne vaccinali e nell'assistenza e cura dei soggetti, che poi si ammalano.

La prevenzione dell'influenza si basa sulle misure di igiene e protezione individuale, con particolare riferimento alla buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie, e sulla vaccinazione che, oltre a essere un ottimo mezzo per prevenire la malattia, è in grado di ridurre significativamente le complicanze, l'ospedalizzazione e l'eccesso di mortalità nei soggetti maggiormente a rischio, nonché di ridurre la spesa sanitaria (principalmente riducendo il consumo di farmaci) e i costi sociali collegati all'epidemia influenzale.

CONTROLLI SUGLI AMBIENTI DI LAVORO

- Percentuale di Aziende controllate sulle esistenti**

PERCENTUALE DI AZIENDE CONTROLLATE SULLE ESISTENTI					
	2009	2010	2011	2012	2013
Azienda USL Rimini	9,5	12,3	10,8	12,0	10,9
Regione	8,8	9,6	10,5	10,3	10,3
Fonti: Regione Emilia Romagna					
Le <i>aziende esistenti</i> , su cui si effettua il calcolo percentuale, sono quelle che si identificano con le Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) con almeno un dipendente e maggiori di un artigiano.					

- Percentuale di aziende controllate con infrazioni**

PRESCRIZIONI EMESSE SULLE AZIENDE CONTROLLATE					
	2009	2010	2011	2012	2013
Azienda USL Rimini	18,4	14,7	13,7	11,8	9,8
Regione	16,0	21,9	21,9	12,7	11,6
Fonti: Regione Emilia Romagna					

Nell'Azienda USL di Rimini nell'anno 2013 la percentuale di Aziende controllate rispetto a quelle esistenti è pari al 10,9% con riferimento alle PAT 2009. Sono state emesse prescrizioni nel 9,8% delle aziende controllate, percentuale più bassa del quinquennio 2009-2013.

CONTROLLO SUGLI ALLEVAMENTI E SULLE INDUSTRIE ALIMENTARI

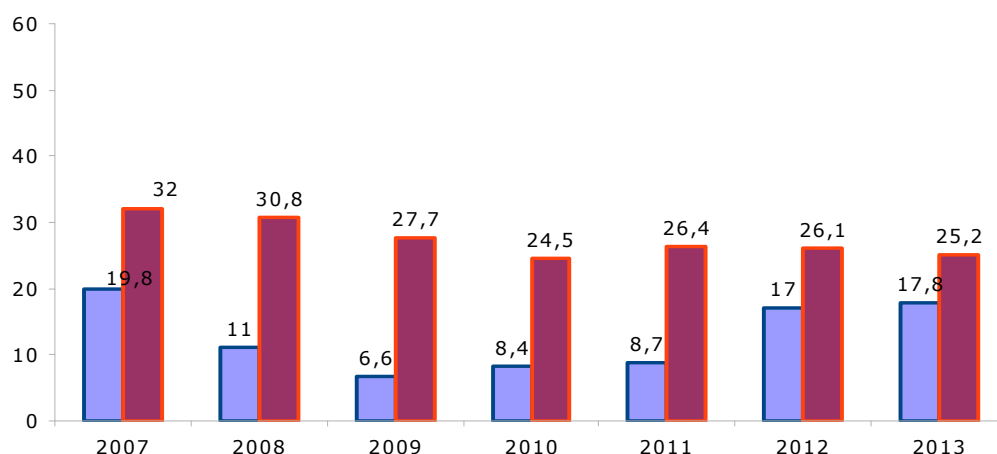
di Aziende nell'ambito della Ristorazione controllate (Bar e affini, ristoranti e affini, mense e gastronomie) e % di Aziende controllate nell'ambito Ristorazione con infrazioni

	% AZ. RISTORAZIONE CONTROLLATE SU ESISTENTI							% AZ. RISTORAZIONE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AUSL di Rimini	19,8	11,0	6,6	8,4	8,7	17	17,8	24,5	5,9	11,7	13,1	20,7	22,8	28,0
Regione	32.	30,8	27,7	24,5	26,4	26,1	25,2	28,6	32,8	27,5	30,4	34,3	22,4	31,0

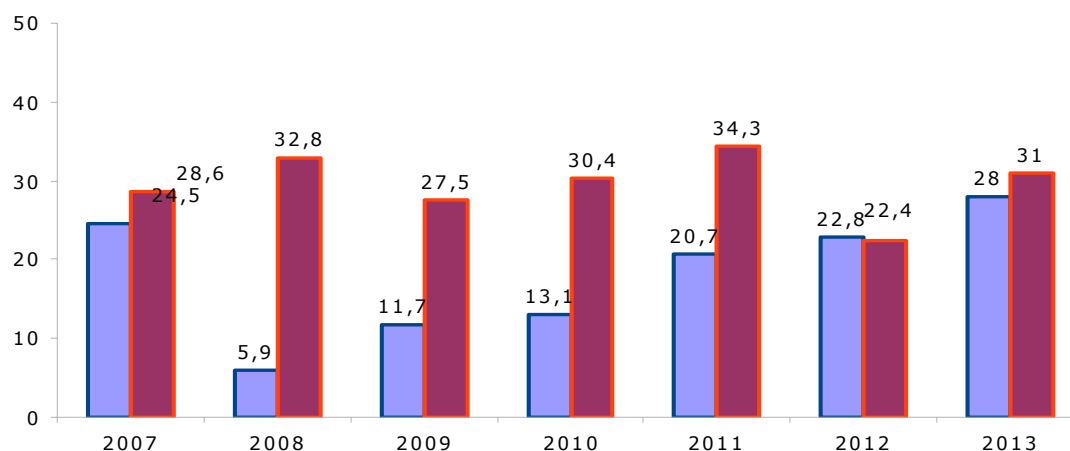
Fonte: Regione Emilia-Romagna e AUSL di Rimini

Nel 2013, nella provincia di Rimini, a seguito della piena attuazione dei criteri di categorizzazione del rischio definiti in ambito regionale, si è assistito ad un ulteriore incremento del numero di aziende di ristorazione sottoposte a controllo ufficiale. Si è passati, infatti, dal 17% del 2012 al 17,8% del 2013, con un ulteriore avvicinamento alla media regionale del 25,2%, la cui differenza percentuale è, in parte significativa, riconducibile alla tipologia di imprese esistenti che, nella provincia di Rimini, sono, in proporzione maggiore, di tipo stagionale.

Contestualmente si è registrato un incremento della percentuale di aziende nelle quali sono state rilevate delle non conformità, in parte dovuto all'incremento della sistematicità dei controlli.



■ % AZ. RISTORAZIONE CONTROLLATE SU ESISTENTI RN
■ % AZ. RISTORAZIONE CONTROLLATE SU ESISTENTI ER



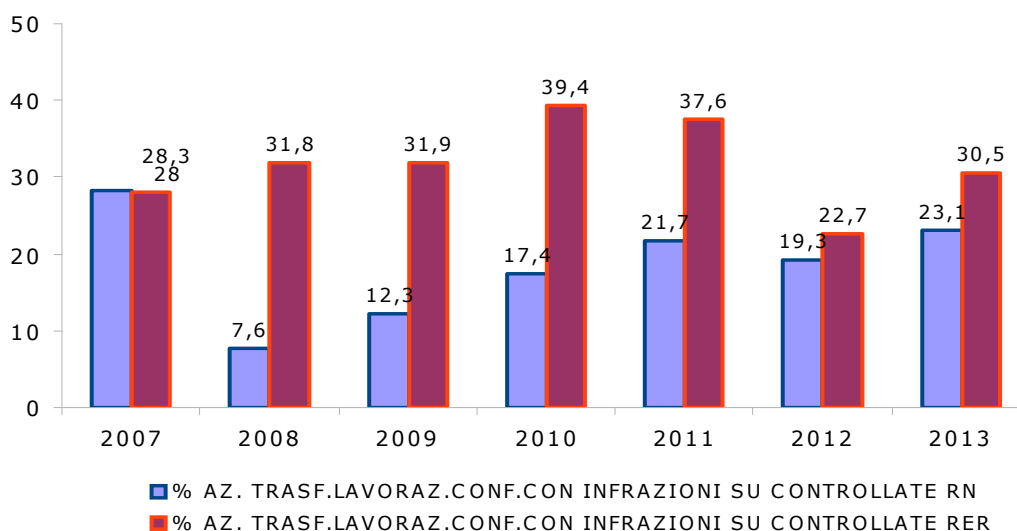
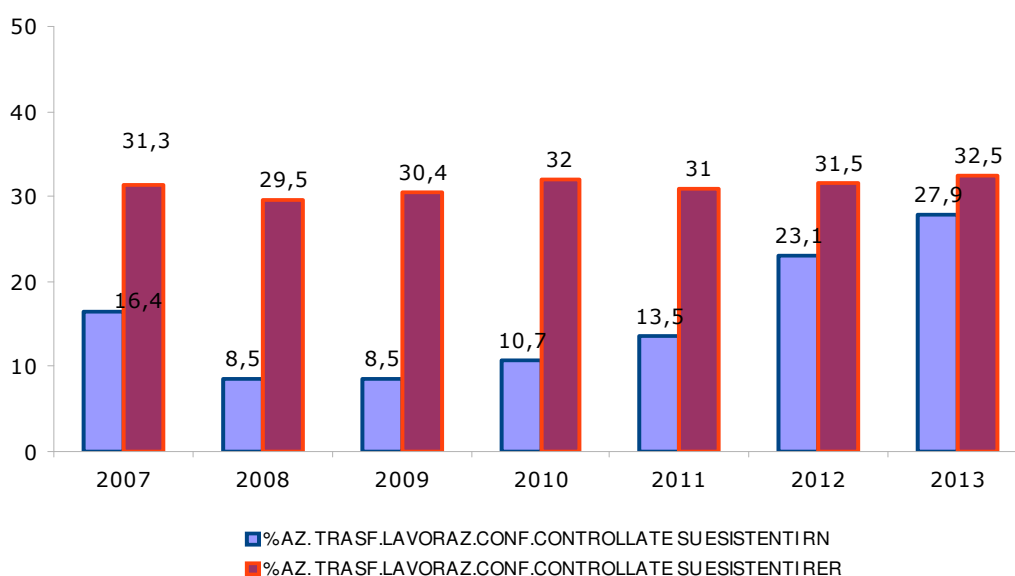
■ % AZ. RISTORAZIONE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE RN
■ % AZ. RISTORAZIONE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE ER

% di Aziende Alimentari controllate su esistenti (Aziende di trasformazione, lavorazione, e confezionamento di alimenti) e **% di Aziende Alimentari controllate con infrazioni**

	% AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO ALIMENTI CONTROLLATE SU ESISTENTI							% AZ. TRASF.LAVORAZ. CONF. CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AUSL di Rimini	16,4	8,5	8,5	10,7	13,5	23,1	27,9	28,3	7,6	12,3	17,4	21,7	19,3	23,1
Regione	31,3	29,5	30,4	32	31	31,5	32,5	28	31,8	31,9	39,4	37,6	22,7	30,5

Fonte: Regione Emilia-Romagna e AUSL di Rimini

Come per le aziende di ristorazione, anche per le aziende alimentari di trasformazione, lavorazione e confezionamento, si è assistito nel 2013 ad un aumento percentuale delle aziende sottoposte a controllo ufficiale e delle non conformità riscontrate durante il sopralluogo (dal 23,1% del 2012 si è passati al 27,9% del 2013)



% Sopralluoghi per allevamento

AZIENDA USL DI RIMINI	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Allevamenti esistenti	1632	2475	2495	2355	2226
N° sopralluoghi	1910	2188	2480	3290	2848
% sopralluoghi	117%	88,4%	99,4%	139,7%	127,9%

Fonte: Dati Dipartimento di Sanità Pubblica - AUSL Rimini

I dati del quinquennio 2009-2013 relativi alla percentuale di sopralluoghi realizzati per allevamenti esistenti devono essere interpretati alla luce del fatto che nel 2010 sono stati inclusi nella Provincia di Rimini i 7 Comuni dell'Alta Valmarecchia con un incremento significativo del n. di allevamenti presenti nel territorio provinciale. La percentuale di sopralluoghi, dopo un calo nel 2010 (dato in parte dovuto ai diversi sistemi informativi di rilevazione dell'attività utilizzati nel territorio della Valmarecchia), è ritornata ad aumentare significativamente negli anni successivi.

2.3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE – TERRITORIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il tema della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio ha costituito negli ultimi anni per l'Azienda USL di Rimini un'importante area di intervento in relazione all'incremento della patologia cronica e delle problematiche connesse alla non autosufficienza. Il tema coinvolge uno specifico target di utenza caratterizzata da una condizione di **fragilità** per la quale risulta opportuno predisporre, dopo la fase acuta in regime di ricovero ospedaliero, un percorso di accompagnamento attuabile nell'ambito di strutture appartenenti all'area della post-acuzie ospedaliera e/o delle Strutture Intermedie o di domiciliazione con l'attivazione di specifici interventi di protezione (domiciliazioni protette). Nella provincia è stata pertanto individuata un'offerta diversificata di tipologie di Strutture comprendenti: Lungodegenze, U.O. di post-acuzie a gestione infermieristica, RSA temporanee, Strutture di riabilitazione estensiva, per un totale di 187 posti letto. Tale gamma di Strutture ha la finalità di fornire, a seconda delle necessità:

1-continuità di monitoraggio clinico dopo il superamento della fase acuta in un ambiente a minor intensità sanitaria,

2-continuità riabilitativa o di semplice riattivazione motoria,

3- continuità socio-assistenziale in preparazione alla domiciliazione.

La domiciliazione protetta, viceversa, viene attivata attraverso la segnalazione al Punto Unico di accesso alle Cure domiciliari (PUCD) e può comprendere l'attivazione di un supporto di tipo infermieristico o di assistenza alla persona.

Nella provincia di Rimini vi è una centralizzazione della gestione dei percorsi sopraccitati ed è affidata al Nucleo Operativo Aziendale per la continuità assistenziale (N.O.A.) a cui compete la raccolta e lo smistamento di tutte le segnalazioni provenienti dalle UU.OO ospedaliere per le Strutture Intermedie e le segnalazioni di domiciliazione protetta con attivazione del P.U.C.D..

In considerazione della complessità dell'utenza coinvolta nei percorsi di continuità assistenziale il N.O.A. è costituito da un'equipe multiprofessionale composta da un Medico Geriatra, un Infermiere, un Responsabile delle Attività Assistenziali, un Assistenti Sociali.

Le sue azioni sono rivolte a:

- supportare le UU.OO. Ospedaliere attraverso attività di consulenza e formazione sul campo per favorire l'appropriatezza sia di allocazione sia di progetto di cura per pazienti ad elevata complessità;

- compiere una ricognizione quotidiana relativamente alla disponibilità di posti letto nelle Strutture Intermedie riceventi (Lungodegenze, Post-acuti, Riabilitazione Estensiva, RSA temporanee, Hospice) e organizzare i trasferimenti;

- interfacciarsi con il Punto Unico per le Cure Domiciliari e con l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) per le domiciliazioni protette o le istituzionalizzazioni definitive;

- svolgere un'attività valutativa diretta per i casi a maggiore complessità;

- attivare competenze multiprofessionali specialistiche territoriali per la definizione di percorsi e progetti di presa in carico per i casi multiproblematici a particolare difficoltà dimissoria.

Si tratta pertanto di un servizio con funzione di facilitazione dei percorsi di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio e di supporto tecnico per le UU.OO. Ospedaliere finalizzata a migliorare l'appropriatezza nell'individuazione dei percorsi di dimissione dalla fase acuta.

Di seguito i dati di attività:

N.O.A.
DATI DI ATTIVITÀ

	Richieste di trasferimento a Strutture Intermedie	Trasferimenti effettivi	Annullate	Richieste multiple	Tempi medi di attesa
Anno 2008	2561	1869	27%	Primi 4 mesi 15.5% 9%	5.1 gg
Anno 2009	2739	2004	27%	6%	4.78 gg
Anno 2010	3070	2244	26.2%	6%	4.2 gg
Anno 2011	3176	2347	24.2%	6.9%	4.1 gg
Anno 2012	3432	2521	26.6%	2.3%	3.2 gg
Anno 2013	3557	2533	27.6%	1.3%	3.5 gg

N.O.A.
DATI DI ATTIVITÀ

	Domiciliazioni protette	Tempi di segnalazione < 3 gg
Anno 2008	1586	56%
Anno 2009	1674	47% (differibili=10.3%)
Anno 2010	1794	43% (differibili=19.56%)
Anno 2011	2074	50% (differibili=25.4%)
Anno 2012	2118	47.4% (differibili=64.4%)
Anno 2013	2097	42% (differibili=35.5%)

I dati relativi all'anno 2013 evidenziano un mantenimento delle performance in linea con il 2012 nonostante si siano verificati a fine anno momenti di contrazione dei posti letto, anche significativi, in relazione a lavori di ristrutturazione all'interno delle sedi.

Nell'anno è stata peraltro portata avanti una politica di aumento dei trattamenti riabilitativi effettuati al domicilio in continuità alla dimissione dai reparti di ortopedia per i pazienti operati soprattutto con chirurgia mininvasiva e questo ha consentito una riduzione dei trasferimenti in cod 60 per riabilitazione estensiva specificatamente per questa tipologia di soggetti. Nell'anno hanno beneficiato di questo percorso 446 pazienti.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E HOSPICE

Assistenza domiciliare integrata

L'incremento sul nostro territorio delle attività svolte dal servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) è un indicatore utile per misurare le politiche attuate in materia di servizi essenziali. Inoltre, l'introduzione nel processo di elementi di miglioramento continuo rispetto all'integrazione sociosanitaria, agli aspetti di accessibilità e alla qualità del servizio concorrono a rendere l'ADI una modalità di cura avanzata ed efficiente. Tale organizzazione trova nell'istituzione del **Punto Unico delle Cure Domiciliari** quella unicità di riferimento che diventa elemento indispensabile nella relazione tra familiari/pazienti/servizi della rete, permette l'attivazione di risposte assistenziali appropriate e tempestive (di norma entro le 72 ore, per alcune tipologie di attività entro le 24 ore) attraverso una valutazione multi - dimensionale con funzione di lettura/interpretazione del bisogno, la conseguente definizione di progetti assistenziali personalizzati al fine di definire quali professionisti coinvolgere nel percorso di cura e "presa in carico" a domicilio: MMG, Infermieri, Assistenti Sociali, Medici Specialisti, OSS, Fisioterapisti.

La modalità organizzativa utilizzata per raggiungere una maggiore qualificazione del passaggio ospedale – territorio è stata quella di inserire nel percorso già attivo l'intervento di Infermieri case-manager del Punto Unico delle Cure Domiciliari per facilitare le domiciliazioni protette di pazienti particolarmente complessi quali tracheostomizzati con eventuale supporto ventilatorio, pazienti in terapia nutrizionale enterale o nutrizione artificiale parenterale e pazienti dimessi con sondino naso-gastrico o catetere venoso centrale. Ciò ha permesso di configurarsi quale presenza di supporto all'interno delle strutture che attivano dimissioni protette (ospedaliere e strutture intermedie) in raccordo con il Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale (NOA), di introdurre elementi di forte assicurazione nei confronti dei famigliari, di velocizzare il contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG) producendo in questo modo una conseguente contrazione dei tempi di dimissione.

Le peculiarità che hanno caratterizzato l'attività dell'anno 2013 sono riconducibili ai seguenti interventi:

1. Inserimento di giornate specifiche di approfondimento sull'Assistenza Domiciliare Integrata, nella programmazione degli aggiornamenti obbligatori svolti a favore dei MMG. Tali incontri hanno permesso di rafforzare i legami di collaborazione intercorrenti tra le varie figure professionali attraverso un livello maggiore di conoscenza dei percorsi di presa in carico. Inoltre, a conclusione del periodo formativo si è giunti alla stesura condivisa di un Vademecum;
2. Collaborazione delle Assistenti Sociali del PUCD nella strutturazione di un percorso di dimissione protetta ad hoc per persone che, a causa di gravi disturbi del comportamento, sono state ospitate per un determinato periodo presso il Nucleo Alzheimer e per le quali è richiesta una maggiore specificità assistenziale in relazione alle problematiche gestionali dei disturbi del comportamento durante la domiciliazione.

L'emanazione della Circolare Regionale n. 15 del 2/10/2009 denominata "**Specifiche per il sistema Informativo dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale SI-ADI-Anno 2010**", oltre a ribadire l'importanza dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e del suo

sistema informativo che raccoglie le informazioni relative ai pazienti per i quali è stato predisposto un piano assistenziale, ha introdotto elementi di innovazione rispetto alla qualità del dato da rilevare sia in termini di accuratezza e completezza sia in termini di appropriatezza nell'accesso alle cure domiciliari introducendo la scheda di valutazione multi-dimensionale per la presa in carico del paziente domiciliare. In particolare la scheda permette di valutare: il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana, il livello di autonomia nel proprio ambiente di vita, l'entità dei disturbi cognitivi, l'entità dei disturbi comportamentali e il supporto della famiglia compresa la eventuale presenza della rete informale.

La circolare inoltre definisce con precisione il concetto di prestazione occasionale quale intervento che non necessita di continuità di cure, identifica la tipologia di prestazioni corrispondenti, escludendola per la prima volta dal flusso informativo regionale ma lasciando discrezionalità all'azienda rispetto ad una eventuale rilevazione locale che, nel caso dell'Azienda USL di Rimini, è stata attuata.

La necessità di diffondere e applicare in maniera uniforme questo nuovo strumento di valutazione ha attivato un processo di confronto fra i professionisti, in particolare con i medici di medicina generale. Attraverso incontri strutturati con i Nuclei di Cure Primarie è stato possibile avviare questo percorso che persegue quali obiettivi principali l'appropriatezza delle risposte assistenziali, l'omogeneità di trattamento a parità di bisogno espresso, la presenza di elementi condivisi che garantiscono le condizioni di accesso al servizio, il monitoraggio e la definizione di una periodicità per la rivalutazione degli obiettivi assistenziali da raggiungere.

Dati di Attività

Distribuzione delle prese in carico di Assistenza Domiciliare integrata, per livello

	Livello di intensità assistenziale						Totale	
	BASSA INTENSITÀ		MEDIA INTENSITÀ		ALTA INTENSITÀ			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
RIMINI 2012	7.237	80,47	1.445	16,07	311	3,46	8.993	100
RIMINI 2013	6.959	81,99	1.239	14,59	289	3,21	8.487	100

TREND 2009-2013: NUMERO ASSISTITI

	Anno di riferimento				
	2009	2010	2011	2012	2013
	Numero Assistiti	Numero Assistiti	Numero Assistiti	Numero Assistiti	Numero Assistiti
RIMINI	5.515	6.055	6.019	7.152	7.121
REGIONE	89.166	97.207	97.037	103.959	102.531

Dalla lettura delle tabelle sopra riportate si può notare come le prese in carico di Assistenza Domiciliare Integrata effettuate dall'AUSL di Rimini siano caratterizzate principalmente da una classificazione di bassa intensità (circa 74%), in percentuale superiore rispetto al dato medio regionale (62%).

Per quanto concerne il numero degli assistiti, si può notare una crescita continua nel triennio 2008 – 2010, ed un assestamento nell'anno 2011 sul buon dato dell'anno precedente. Questo trend ha portato ad un aumento degli assistiti nel quadriennio, in ambito provinciale del 14,93% ed in ambito regionale del 14,44%. Nel 2012 è possibile evidenziare una ulteriore crescita del numero di assistiti.

Nell'anno 2013 si assiste ad un minimo decremento del numero di assistiti in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata conforme, però, all'abbassamento del n. di pz presi in carico su tutto il territorio regionale.

ANZIANI

Le attività a favore della popolazione anziana sul territorio della Provincia di Rimini nel 2013 si sono rivolte verso un obiettivo di mantenimento dei risultati raggiunti soprattutto in termini di integrazione tra sociale e sanitario

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (applicazione della 1206/07)

Nell'anno 2013 il sostegno alla domiciliarità resta il cardine di tutta l'attività svolta sul territorio provinciale affiancato comunque al tema dell'appropriatezza degli interventi e all'oculatazza dell'utilizzo delle risorse. E' stato pertanto privilegiato un uso flessibile degli interventi e, ove possibile, si è cercato di potenziare le reti piuttosto che i servizi continuando a sostenere un'intensa collaborazione con il III settore, in particolare per quanto riguarda il sostegno alle persone affette da Demenza e alle loro famiglie. Tutto questo è stato portato avanti con l'obiettivo prioritario di conciliare la necessità di mantenere un equilibrio economico finanziario e contemporaneamente soddisfare i bisogni di cura della popolazione non autosufficiente.

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare di base, che è storicamente il principale intervento di sostegno alla domiciliarità, ha avuto nel 2013 un significativo numero di beneficiari: nel Distretto di Rimini sono stati complessivamente aperti 798 episodi di presa in carico (399 utenti per il Comune di RN, 31 utenti AVM, 63 altri comuni); nel Distretto di Riccione sono stati 317 relativi a 256 utenti. L'attuazione dell'intervento di assistenza domiciliare è previsto all'interno di un progetto personalizzato di vita e di cura sempre più articolato e flessibile, che prevede anche dei percorsi di passaggio di competenze al care giver principale o di sostituzione dello stesso in concomitanza di un breve improrogabile allontanamento (ad esempio per motivi sanitari).

ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura continua ad essere uno strumento importante per il sostegno del lavoro di cura a domicilio assicurato a persone in condizione di non autosufficienza. Per l'anno 2013 il numero degli utenti che hanno usufruito dell'assegno di cura è stato di 815 sul territorio provinciale con una distribuzione di 543 assegni di cura per il Distretto di Rimini e di 272 per il Distretto di Riccione (dati flusso SMAC).

Per favorire l'emersione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, così come indicato negli indirizzi attuativi della D.G.R. 509/2007- Fondo Regionale non Autosufficienza (D.G.R. n° 1206/2007) e in attuazione dei regolamenti distrettuali per la gestione degli assegni di cura, si è proseguito nell'erogazione del contributo mensile di € 160 per coloro che, già assegnatari dell'assegno di cura, utilizzano assistenti familiari con regolare contratto e dichiarano un ISEE estratto del solo anziano beneficiario dell'a.d.c. non superiore a €15.000,00. Gli a.d.c. con assistente familiare regolarizzata contrattualmente sono stati complessivamente 250. Di questi hanno beneficiato del contributo aggiuntivo : 151 nel Distretto di Rimini e 99 nel Distretto di Riccione.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Anche per il 2013 è continuata la collaborazione tra gli Uffici di Piano e l'Azienda USL nel percorso di accompagnamento verso l'accREDITAMENTO definitivo delle Strutture attualmente in accREDITAMENTO transitorio.

Nella Provincia di Rimini nel 2013 la disponibilità di posti letto residenziali in CRA è stata di 867 (l'aumento di 10 p.l. rispetto al 2012 è da ascrivere all'acquisto temporaneo effettuato dal Distretto di Rimini presso la Residenza Sole di Misano Adriatico per compensare l'apertura ancora ritardata della CRA Le Grazie)) e di 80 posti in Centri diurni con riduzione rispetto al 2012 di 25 posti a causa della revoca dell'accREDITAMENTO transitorio e conseguente risoluzione del contratto di servizio del Centro Diurno Fraternità Anziani 2 a decorrere dal 1 febbraio 2013. Pertanto nel Distretto di Rimini si registra ancora una situazione di criticità legata al numero di posti insufficiente rispetto al previsto parametro del 3% relativamente alla popolazione ultra settantacinquenne residente.

Nel 2013 per il Distretto di Rimini i tempi medi di attesa delle persone entrate in CRA nuclei a bassa intensità sanitaria (ex Case Protette) sono stati pari a 14,5 mesi; per il Distretto di Riccione i tempi medi di attesa per le persone entrate sono stati di 4.2 mesi.

Nell'anno in oggetto, nel Distretto di Rimini, i ricoveri in nuclei a bassa intensità sanitaria (ex CP) sono stati 77 a tempo indeterminato e 119 per accoglienza temporanea di sollievo, mentre nel Distretto di Riccione sono stati 54 a tempo indeterminato e 42 per accoglienza temporanea di sollievo.

Gli inserimenti in nuclei ad alta intensità sanitaria (ex RSA) sono stati 61 a tempo indeterminato per il Distretto di Rimini e 50 per il Distretto di Riccione.

I soggetti che hanno usufruito di ricoveri temporanei per continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera sono stati per l'intera provincia 738.

I soggetti che hanno usufruito dell'opportunità di inserimenti temporanei presso il Nucleo Speciale Demenze di Misano Adriatico sono stati 20 (7 del Distretto di Rimini e 13 del Distretto di Riccione).

Per quanto concerne l'utilizzo dei Centri Diurni nell'anno 2013 si è registrata una frequenza pari a 106 persone afferenti al Distretto di Rimini e 41 persone afferenti al Distretto di Riccione.

IN TABELLA È RIPORTATO L'ANDAMENTO DELL'OFFERTA DI POSTI LETTO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI

Distretti	2009		2010		2011		2012		2013	
	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.
Rimini	70	459	70	464	70	528	70	528	70	538
Riccione	35	328	35	351	35	329	35	329	35	329
Totale	105	787	105	815	105	857	105	857	105	867

RETI DI COLLABORAZIONE TRA SERVIZI

Anche per il 2013 è proseguito il lavoro di implementazione della rete per le persone affette da Demenza e si è fattivamente consolidata la collaborazione tra il Centro Esperto della Memoria, il Servizio Assistenza Anziani e il III settore. E' proseguita infatti l'esperienza di Amarcord Café che vede la collaborazione tra l'ASP Casa Valloni e l'Associazione Alzheimer Rimini con intensa partecipazione da parte di tutti gli attori ed è partito da marzo un altro Caffè : Scaramaz Café nel Distretto di Riccione presso la CRA Felice Pullè.

Sono stati poi sviluppati 2 progetti e precisamente:

- Progetto di consulenza psicologica domiciliare a persone affette da demenza con disturbi comportamentali
- Progetto di Dimissione protetta della persona con demenza con disturbi comportamentali

Entrambi i progetti stanno rappresentando una importante forma di sostegno per le famiglie anche se un ritorno in termini di indicatori di risultato non è ancora disponibile e lo sarà soltanto nel 2014.

CONVENZIONE AUSL RIMINI/FONDAZIONE CARIM

Gli anziani residenti nel Comune di Rimini che hanno avuto la possibilità di beneficiare di un'assistenza continuativa attivabile attraverso la specifica convenzione tra l'Ausl di Rimini e la Fondazione Carim, sono stati nell'anno 2013 complessivamente 26, di cui 8 uomini e 18 donne ed il 69% dei beneficiari è rappresentato da anziani con età superiore ai 75 anni. Il progetto viene elaborato dalle assistenti sociali del SAA che, valutato il bisogno, definiscono con l'anziano e/o con i familiari il Piano Assistenziale Individualizzato e propongono l'intervento.

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Nell'anno 2013 sono proseguiti all'interno dei SAA di Rimini e Riccione momenti di approfondimento, discussione casi e confronto tra le figure professionali presenti nel Servizio: medico geriatra, infermiere professionale e assistente sociale, nella convinzione che si possa considerare formazione anche tutto ciò che favorisce l'integrazione di linguaggi e saperi che, salvaguardando le diverse competenze professionali, permettano di sviluppare un comune orientamento alla cura dell'anziano.

Le assistenti sociali, inoltre, hanno partecipato alla formazione organizzata dall'U.O Anziani e Disabili fisici e sensoriali per i propri operatori su 2 temi ritenuti di particolare rilievo e precisamente:

Il percorso clinico assistenziale del paziente con demenza senile in ambito territoriale, che si è svolto in una edizione (1 giugno 2013) ed hanno partecipato 32 professionisti tra medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali.

Il Supporto emotivo ai caregivers: le abilità di ascolto nel sostegno ai caregivers, che si è svolto in 2 edizioni (6 e 13 giugno 2013) e a cui hanno partecipato 60 professionisti tra medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali.

Nucleo Fragilità

Il servizio Nucleo Anziani Fragili è un modello di intervento integrato socio - sanitario rivolto alla popolazione ultrasessantacinquenne della città di Rimini e dei comuni della provincia per attuare quanto previsto dalla DGR 1206/2007 allegato 4, "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione dei soggetti fragili".

Tale progetto ha concluso nel 2011 il suo terzo anno completo di attività.

Il Nucleo Anziani Fragili è un servizio che si pone come obiettivo primario quello di individuare gli anziani ultrasessantacinquenni soli, a rischio fragilità socio - sanitaria, con, alle spalle, una rete relazionale debole, verificare i loro bisogni, ascoltare le loro difficoltà con l'intento di supportarli

nel processo di mantenimento della loro autonomia. Con il termine "FRAGILITÀ" si è intesa una condizione di disagio, dovuta alla coesistenza nel soggetto di diversi fattori quali l'età avanzata, l'esistenza di patologie multiple, la mancanza di reti supportive, la condizione di isolamento, la mancanza di alcune autonomie, aggravati spesso da problematiche di natura economica.

Il Progetto rappresenta un'opportunità concreta per attivare percorsi ed attuare interventi efficaci nell'area della prevenzione e si propone di sviluppare servizi ed azioni per fornire una "rete" comunicativa all'anziano e alla sua famiglia.

Il migliore risultato auspicabile è quello di consentire all'utenza di vivere il più a lungo possibile nel proprio contesto abitativo così da ritardare l'accesso a strutture protette, ridurre i periodi di ospedalizzazione, utilizzare le reti sociali di solidarietà, con particolare riferimento a situazioni di "emergenza" (emergenze bioclimatiche, sanitarie, epidemiologiche) e infatti l'attività del Nucleo Anziani Fragili comprende anche il servizio estivo di Emergenza Caldo, che si è svolto nel periodo compreso tra il 27 maggio e l'8 settembre.

Dal monitoraggio 2013 sono emersi i riverberi della crisi economica nazionale sulla popolazione anziana i quali, oltre ad un disagio economico sociale, hanno amplificato una generale diffidenza nei confronti degli sconosciuti per timore di raggiri e truffe. Questo comporta una difficoltà crescente degli operatori ad ottenere livelli di collaborazione soddisfacenti per una mappatura completa dei bisogni espressi.

Tuttavia, durante il monitoraggio estivo condotto per il contenimento del disagio bioclimatico, il pregiudizio tende a diminuire poiché viene percepito come contestualizzato l'obiettivo dell'Az. USL. di intercettare precocemente l'esistenza di situazioni problematiche.

Il lavoro del Nucleo ha fatto emergere nel 2013 n. 21 particolari situazioni di solitudine sociale, dovute a difficoltà fisiche (legate soprattutto all'impossibilità di uscire autonomamente da casa) e assenza di parenti e/o amici. A seconda della specificità di ogni situazione, per alcune di queste persone è stato stilato un progetto educativo che ha permesso di rafforzare o intrecciare legami di buon vicinato, nuove amicizie e/o inserimenti in centri sociali evitando tutte le sgradite conseguenze dell'isolamento; per altre è stato approntato un programma di monitoraggio telefonico più assiduo e strutturato che ha permesso di sostenere quella labile catena di equilibrio che consente di conservare un soddisfacente livello di autonomia.

Le persone monitorate con particolare attenzione al fine di contenere il disagio bioclimatico estivo sono state invece 14. Non si è reso necessario pianificare interventi di accompagnamento sanitario in quanto non sono mai pervenute richieste di questo tipo. Invece, sono stati intensificati i rapporti con il Servizio Assistenza Anziani per il supporto di persone le cui situazioni hanno richiesto un livello di monitoraggio più articolato.

ATTIVITA' NUCLEO ANZIANI FRAGILI

anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale Complessivo
totale telefonate	9.854	17.644	9.817	7.280	7.838	8.263	52.433
telefonate con esito positivo	6.140	11.855	7.940	6.283	6382	6153	38.600
telefonate senza esito	3.694	5.610	1.844	975	1426	2058	13.549
utenti non collaboranti		179	33	22	30	52	264
telefonate ricevute	41	550	605	253	283	175	1.732

anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale Complessivo
interventi a domicilio	15	224	125	167	131	128	662
anziani monitorati	37	69	68	72	82	68	328
visite in ufficio		5	1	19	5	4	30

Telesoccorso/Teleassistenza

Si tratta di un sistema di telecomunicazione che consente all'utente, con un semplice gesto, di lanciare un segnale di soccorso e agli operatori di attivare interventi tempestivi utilizzando il sistema in viva voce. Unitamente al Telesoccorso si è attivata la Teleassistenza con l'intento di soddisfare bisogni sociali e psicologici di ordine quotidiano e non limitati alle sole situazioni di emergenza. Una volta ricevuta la chiamata da parte dell'utente, il servizio attiva interventi di assistenza sanitaria e sociale anche con la collaborazione di una rete di volontari. In caso di indisponibilità del volontario sono attivabili interventi di emergenza da parte del servizio di assistenza domiciliare di base.

Possono accedere al servizio di Telesoccorso - Teleassistenza tutti i residenti e domiciliati nei comuni della Provincia che hanno aderito al progetto e che si trovino in condizioni di non autosufficienza, di solitudine, di convalescenza, di rischio sanitario, ecc. e che comunque siano in grado di utilizzare in modo corretto il telecomando che lancia il segnale di soccorso. Nel caso venga accertata l'impossibilità da parte dell'utente di utilizzare correttamente il sistema di telesoccorso, su comunicazione del Responsabile del Servizio Assistenza Anziani si provvederà alla disattivazione del Servizio.

ATTIVITÀ TELESOCORSO/TELEASSISTENZA

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Utenti gestiti	607	613	609	591	566	517

Anno 2013 - interventi totali 1.692

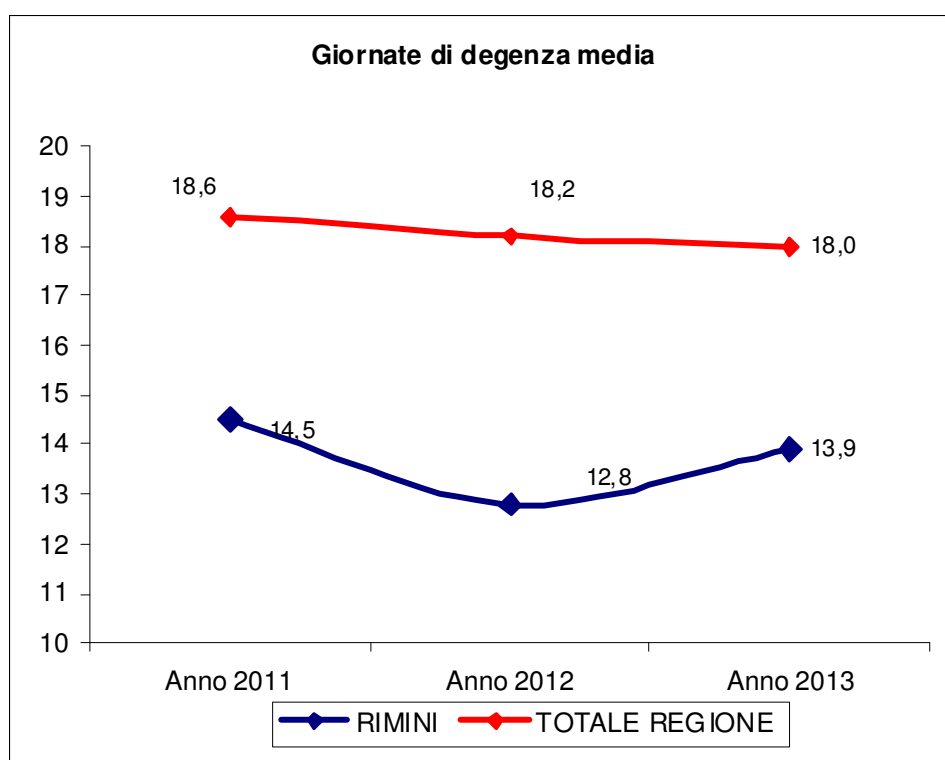
	2011	2012	2013
Accompagnamenti sociali/sanitari	1040	1.247	927
Consegna farmaci	247	177	148
Interventi sociali a domicilio	414	354	287
Manutenzioni/installazioni/ritiro apparati	510	363	322
TOTALE INTERVENTI	2.211	2.154	1.692

HOSPICE

- Posti letto, Degenza media, pazienti dimessi (HOSPICE)**

In Regione Emilia-Romagna ci sono hospice presso otto Aziende di cui una ospedaliera; tale tipologia di struttura è presente in tutte le Aziende della Area Vasta Romagna.

HOSPICE: NUMERO DI POSTI LETTO, DIMESSI E DEGENZA MEDIA								
Anno	AUSL RIMINI				TOTALE REGIONE			
	Posti letto	Dimessi	Degenza media (gg)	% Deceduti su dimessi	Posti letto	Dimessi	Degenza media (gg)	% Deceduti su dimessi
2011	10	199	14,5	59,3	248	4.100	18,6	74,9
2012	20	328	12,8	51,8	273	4699	18,2	75,2
2013	20	435	13,9	58,8	283	5127	18,0	76,5



Se l'anno 2012 è stato quello della realizzazione strutturale della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore sull'area corrispondente al territorio della ex Azienda Sanitaria Locale di Rimini, il 2013 è l'anno in cui possono essere identificati i primi dati di attività.

Nel complesso, tali dati possono così essere sintetizzati:

	2011	2012	2013
N. ricoveri in Hospice	204	334	435
Degenza Media	15 gg	12 gg	14gg
Percentuale deceduti in Hospice su totale dei ricoverati	59.3	51.8	58.8
N. Ricoveri in Terapia Antalgica	190	104	72
DH Terapia Antalgica o Cure Palliative	308	335	318
N. Visite di Medicina Palliativa	//	902	603
N. Visite Terapia Antalgica	6827	7588	10531
N. Visite Domiciliari	72	102	114

Quanto emerge dalla realtà riminese è una tendenza a spostare l'attenzione dalla realtà dell'Hospice, intesa quale reparto di degenza ordinario dedicato alle cure palliative, alla rete delle cure palliative e della terapia del dolore, in cui l'offerta complessiva (degenza ordinaria in Hospice, degenza di DH, attività ambulatoriale, interventi sul territorio a sostegno del servizio di assistenza domiciliare integrata e del medico di medicina generale) risulta nel complesso aumentata, pur spostandosi il baricentro del percorso assistenziale sulla rete dei servizi, piuttosto che su di uno dei poli della rete (siano essi territoriali o ambulatoriali).

Quanto descritto, i cui dati relativi al 2013 (anno in cui il servizio è pienamente operativo e funzionale dal 1/1 al 31/12), oltre a rappresentare un dato preliminare di attività relativo a quanto disegnato nel corso del biennio 2011/12, rappresenta la realizzazione di quanto richiesto dalla legge 38/2010 e dall'accordo stato/regioni del luglio 2012, in cui viene posta la necessità della realizzazione della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore secondo modalità funzionali di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, in cui il paziente ed il suo bisogno assistenziale sono al centro del percorso attorno a cui ruotano i differenti servizi e le differenti modalità di erogazione degli stessi.

Fatte queste premesse, obiettivi ipotizzati per il 2014 sono i seguenti:

- Rafforzamento della presenza della rete all'interno della realtà assistenziale del paziente oncologico (progetto di "early-" e "simultaneous-" "-palliative care";
- Apertura al mondo del paziente cronico terminale non oncologico (paziente pneumologico, cardiologico, neurologico, nefrologico);
- Rafforzamento dell'intervento sul territorio per il paziente con problematica dolorosa cronica per patologia non oncologica.

CONSULTORI FAMILIARI

- **% di donne seguite in gravidanza (si intendono come "seguite" le donne con almeno quattro visite nell'anno)**

PERCENTUALE DI DONNE SEGUITE IN GRAVIDANZA SUL TOTALE DEI NATI VIVI									
	2011			2012			2013		
	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi
AUSL Rimini	1.788	2.999	59,6	1.689	2.978	56,7	1.905	2.875	66,26
TOT. R.E.R.	22.629	41.817	54,1	16.520	39.337	42,0			

Fonte: Anni 2011 e 2012 Regione Emilia-Romagna – Anno 2013 AUSL Rimini

- **% di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari**

PERCENTUALE DI DONNE IMMIGRATE GRAVIDE IN CARICO AI CONSULTORI FAMILIARI SUL TOTALE DELLE DONNE GRAVIDE IN CARICO AI CONSULTORI FAMILIARI									
	2011			2012			2013		
	Gravide in carico ai C.F.	Gravide immigrate in carico ai C.F.	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.	Gravide in carico ai C.F.	Gravide immigrate in carico ai C.F.	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.	Gravide in carico ai C.F.	Gravide immigrate in carico ai C.F.	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.
AUSL Rimini	1.788	449	25,1	1.689	778	46,1	1.905	875	45,93
TOT. R.E.R.	22.629	11.902	52,6	16.520	9.179	55,6			

Fonte: Anni 2011 e 2012 Regione Emilia-Romagna – Anno 2013 AUSL Rimini

- **Percentuale di donne in carico ai C.F. su pop. target. Attività: Ostetricia e ginecologia**

PERCENTUALE DI DONNE IN CARICO AI C.F. SETTORI DI ATTIVITÀ: OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
	2011			2012			2013		
	Popolazione Target	Totale Utenti	% utenti su popolazione target	Popolazione Target	Totale Utenti	% utenti su popolazione target	Popolazione Target	Totale Utenti	% utenti su popolazione target
Distretto Rimini	71.758	12.938	18,0	71.758	15.482	21,6	72.175	16.480	22,83
Distr. Riccione	37.769	10.654	28,2	37.769	11.295	29,9	37.520	13.601	36,25
AUSL Rimini	109.527	23.592	21,5	109.527	26.777	24,4	109.695	30.081	27,42
TOT.R.E.R.	1.428.090	203.436	14,5	2.850.467	102.711	3,6			

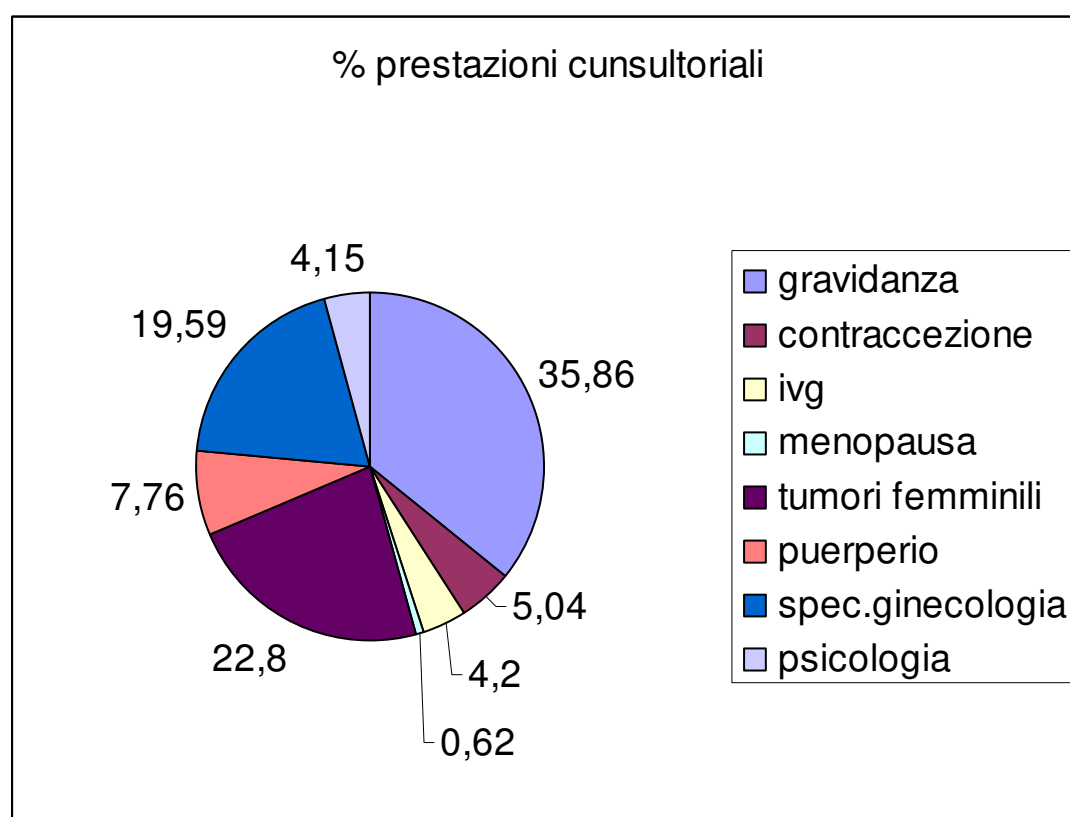
Fonte: Anni 2011 e 2012 Regione Emilia-Romagna – Anno 2013 AUSL Rimini
Popolazione target = donne 15-64 anni residenti al 31 dicembre

- **Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari anno 2012**

Anno 2012	AUSL RIMINI	
prestazioni consultori	n. prestazioni	%
gravidanza	25.949	35,86
contraccezione	3.649	5,04
ivg	3.041	4,20
menopausa	415	0,62
tumori femminili	16.494	22,80
puerperio	5.616	7,76
spec.ginecologia	14.174	19,59
psicologia	3.004	4,15
Totale	72.342	

- Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari anno 2013**

Anno 2013	AUSL RIMINI	
prestazioni consultori	n. prestazioni	%
gravidanza	25.753	39,79
contraccezione	3.029	4,68
ivg	1.880	2,9
menopausa	375	0,57
tumori femminili	16.137	24,93
puerperio	2.988	4,61
spec.ginecologia	14.362	22,19
Altro/sessuologia	187	0,28
Totale	64.711	



Analizzando nel dettaglio le singole prestazioni offerte, si evidenzia come quelle che in una sorta di immaginario collettivo appaiono più strettamente legate al lavoro di Consultorio (contraccezione, IVG), rappresentino in realtà solo una piccola fetta dell'attività svolta.

Va comunque rimarcato come la corretta applicazione della 194 veda nel Consultorio il punto nodale, dove le diverse istanze (cliniche, psicologiche, sociali) possono proficuamente compenetrarsi, di integrazione e raccordo tra i vari servizi territoriali e ospedalieri coinvolti.

Continua ad avere grande spazio la presa in carico della gravidanza, con dati fortemente significativi: circa 1.700 donne, più dunque della metà del numero delle nascite a Rimini, è stata accolta e seguita nelle nostre sedi, nell'ambito dei percorsi clinici previsti (colloqui, visite, ecografie e corsi di accompagnamento alla nascita).

E' consolidato nella nostra azienda il percorso di integrazione tra ospedale e territorio in grado di garantire la continuità delle cure nel dopo parto e puerperio relativamente al sostegno dell'allattamento materno e della genitorialità.

Altra area di significativo impatto è quella oncologica, in cui il Consultorio collabora col centro di screening aziendale per assicurare il 1° e 2° livello della diagnostica sulla cervice uterina.

INFANZIA E ADOLESCENZA

I rapporti contrattuali relativi alla gestione di servizi socio - sanitari per minori sono delegati, ai sensi dell'art. 7 della Legge Regione Emilia - Romagna n. 19/1994 e s.m., attraverso appositi atti sottoscritti tra le parti, all'Azienda USL di Rimini dai seguenti Comuni, che mantengono comunque la titolarità degli interventi sociali: Bellaria Igea Marina, Santarcangelo di Romagna, Verucchio, Poggio Berni, Torriana, Rimini, Riccione, Misano Adriatico, Cattolica, San Giovanni in Marignano, Saludecio, Mondaino, Montegridolfo, Montefiore Conca, Gemmano, Morciano di Romagna, Coriano, San Clemente, Montescudo e Montecolombo.

- **Numero istruttorie concluse di coppie aspiranti e n. di bambini seguiti in affido pre – adottivo**

anno 2011		anno 2012		Anno 2013	
Istruttorie concluse di coppie aspiranti	Bambini in affido pre - adottivo	Istruttorie concluse di coppie aspiranti	Bambini in affido pre - adottivo	Istruttorie concluse di coppie aspiranti	Bambini in affido pre - adottivo
51	41	48	49	56	40

- **Numero decreti di adozione nazionale e internazionale**

anno 2011			anno 2012			Anno 2013		
Nazionale	Internazionale	Totale	Nazionale	Internazionale	Totale	nazionale	internazionale	totale
5	12	17	12	22	34	6	22	28

prese in carico al 31/12/2013 - tematiche	
COINVOLTO IN PROCEDURE PENALI	71
CON DISAGIO RELAZIONALE O SCOLASTICO	275
CON NUCLEO PROBLEMatico (EX SOLO PROBL.FAM.)	1438
CON PROBLEMI DI DIPENDENZE	8
DISABILE FISICO	53
DISABILE PLURIMO	169
DISABILE PSICHICO	190
DISABILE SENSORIALE Uditivo	17
DISABILE SENSORIALE VISIVO	3
GESTANTI E MADRI MINORENNI	4
IN STATO DI ADOTTABILITA'/ADOZIONE	47
STRANIERO NON ACCOMPAGNATO	27
VITTIMA DI VIOLENZE	70

Fonte Sistema Informativo SISAM

- Numero allontanamenti e/o accompagnamenti**

anno 2011				anno 2012				Anno 2013			
Distretto di Rimini		Distretto di Riccione		Distretto di Rimini		Distretto di Riccione		Distretto di Rimini		Distretto di Riccione	
Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
5	4	1	0	8	8	10	2	16	7	9	4

- Numero affidi familiari**

anno 2011					anno 2012					Anno 2013				
Giudiziali	Consens	Eterofam	Parenti	Totali e Stranieri	Giudiziali	Consens	Eterofam	Parenti	Totali e Stranieri	Giudiziali	Consens	Eterofam	Parenti	Totali e Stranieri
111	49	107	53	160 55	105	50	103	52	155 53	76	25	92	9	101

- Numero inserimenti in comunità**

Numero di inserimenti in comunità residenziali e semiresidenziali Distretto di Rimini

anno 2011			anno 2012			Anno 2013		
Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale
75	125	200	65	106	171	86	40	126

Numero di inserimenti in comunità residenziali e semiresidenziali Distretto di Riccione

anno 2011			anno 2012			Anno 2013		
Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale
27	20	47	23	22	45	38	19	57

La costante revisione e il monitoraggio continuo dei progetti sui minori allontanati dalla famiglia ha permesso alla S.S. Responsabilità Genitoriale e Tutela Minori di diminuire gli inserimenti in comunità. Tale materia è soggetta alla dinamica continua tra dimissioni e nuovi inserimenti e condizionata da eventi emergenti e non controllabili legati ai mandati dell'AAGG e alle emergenze relative alla protezione e tutela dei minori del territorio.

L'analisi dei flussi si basa sulla valutazione di appropriatezza degli inserimenti e sui tempi della loro durata, in linea con quanto richiesto dalla normativa di riferimento.

SALUTE MENTALE

• L'utenza delle residenze psichiatriche

Le strutture residenziali e semiresidenziali operanti in ambito psichiatrico e gestite dal DSM-DP dell'Ex Azienda USL di Rimini hanno l'obiettivo di realizzare un servizio volto, da un lato, al recupero delle disabilità derivanti dalla patologia psichiatrica grave e dall'altro al conseguente miglioramento della qualità della vita ed al recupero della contrattualità socio-familiare degli utenti interessati.

Tali funzioni e i relativi specifici percorsi sono, pertanto, finalizzati al supporto ai cittadini utenti nei "tre assi" del vivere quotidiano (casa, lavoro e tempo libero).

Il DSM-DP, attraverso l'UO Riabilitazione Psichiatrica in collaborazione con l'UO CSM, gestisce le seguenti strutture:

- **Residenza a Trattamento Protratto (RTP) "Il Glicine"**, dotata di 17 posti letto per pazienti di difficile gestione per cause ambientali e di patologia di base che necessitano di un elevato supporto sanitario ed assistenziali, con elevati livelli di protezione;
- **Centro Diurno "I Girasoli"**, dotato di 13 posti per pazienti che, pur non avendo la necessità di inserimenti in struttura, hanno difficoltà a svolgere le normali attività quotidiane nel campo lavorativo, sociale, domestico;
- **14 Gruppi appartamento²**, per un totale di 44 posti per pazienti giunti ad una fase avanzata del loro reinserimento sociale che necessitano soprattutto di un supporto relazionale ma con ampia autonomia nella vita quotidiana.

Oltre al pieno utilizzo delle succitate strutture, così come avviene in tutte le realtà della Regione Emilia-Romagna, il DSM-DP conferma anche l'esigenza - al bisogno - del ricorso alla residenzialità privata, prevalentemente per inserimenti di carattere socio-residenziale finalizzati al trattamento di pazienti -sovente di età avanzata - che necessitano di interventi minori sul piano riabilitativo ma elevati sul piano assistenziale.

Tutte le richieste di inserimento in struttura residenziale o diurna vengono vagliate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) - così come definita dalla indicazioni del Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 della Regione Emilia Romagna - attraverso un percorso di valutazione chiaro e definito (eccezion fatta per le Residenze a Trattamento Intensivo, di cui si specifica nel successivo paragrafo) a tutela dei diritti dei pazienti e in un'ottica di un utilizzo efficiente delle risorse.

Per i pazienti con patologia grave in fase acuta e sub-acuta (prevalentemente psicotica e a sintomatologia sufficientemente stabilizzata) che necessitano di trattamenti prolungati e/o che si possono avvalere di iniziali percorsi riabilitativi, l'Ex Ausl di Rimini ha definito una convenzione per l'utilizzo di 20 posti letto con la **Residenza a Trattamento Intensivo (RTI) "Sole"**.

In tale struttura il ricovero può avvenire secondo due diverse modalità:

Ordinario, nel qual caso la Residenza si impegna a rispondere alle richieste di ricovero pervenute dal DSM-DP entro le quattro settimane, seguendo la lista di attesa il cui criterio di eleggibilità è quello temporale.

Urgente, quando la richiesta è proveniente dal SPDC o dalla Medicina d'urgenza (previa indicazione del medico del DSM-DP). In questo caso la struttura si impegna a rispondere in un lasso di tempo che andrà da uno a cinque giorni.

In tutti i casi la titolarità del progetto terapeutico resta in capo al medico del DSM-DP che ha in cura il paziente. Durante il ricovero, al fine di condividere l'appropriatezza del percorso e garantire la continuità di cura, verrà effettuato almeno un incontro fra l'equipe inviante e l'equipe della struttura di ricovero.

Infine, collegato con il Centro di Salute Mentale di Riccione, è attivo per tutti i pazienti afferenti all'intero territorio provinciale il **Day Hospital psichiatrico "Il Giardino"**, che mette a

² Nel corso del 2013 sono stati attivati 2 nuovi gruppi appartamento (per un totale di 7 posti) che sono andati ad aggiungersi ai 12 appartamenti (con 37 posti disponibili) già attivi sul territorio provinciale.

disposizione 12 posti letto per ricoveri programmati e 2 posti letto per ricoveri in urgenza per la gestione delle situazioni di Emergenza e/o di Urgenza che, per caratteristiche cliniche, comportamentali e sociali, consentono un progetto di intervento privo della necessità di una ospedalizzazione in UO Psichiatria o in RTI.

Nella tabella sottostante sono riportati i dati relativi agli inserimenti di utenti residenti nel territorio di Rimini nelle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche e socio assistenziali nel corso del 2012 e del 2013, suddivise fra quelle gestite direttamente dall'Azienda e quelle del privato, secondo lo schema definito dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna.

Rispetto al 2013 è diminuito il numero di pazienti che hanno usufruito delle strutture del privato AIOP e no profit (generando un risparmio economico di circa €. 250.000,00) intensificando l'attività territoriale e domiciliare (attraverso progetti collegati al budget di salute³ e al case management comunitario⁴) e la turnazione all'interno delle strutture pubbliche.

Pazienti DSM-DP Ex -Ausl Rimini inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private

<i>Dettagli inserimenti</i>	2012 (V.A.)	2013 (V.A.)
RTI a gestione pubblica	-	-
RTI AIOP*	234	213
RTP a gestione pubblica	27	33
RTP AIOP	1	-
RTP a gestione no profit	-	-
RSR a gestione pubblica	-	-
RSR a gestione no profit	34	35
Centro diurno a gestione pubblica (CD "I Girasoli" e DH "Il Giardino")	72	86
Centro diurno AIOP	-	-
Altre strutture pubbliche o private in regione non accreditate per la psichiatria	114	115
Altre strutture extra regionali	50	44
<i>Totale di utenti inseriti in strutture residenziali per almeno un giorno nell'anno**</i>	487	468

* sono ricomprese le dimissioni di pazienti dalla RTI SOLE di Misano Adriatico

** Il totale non corrisponde con la somma delle singole voci in quanto un paziente nel corso dell'anno può essere transitato in più strutture

³ Progetto finalizzato alla riconversione di programmi residenziali in percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità attraverso la messa in campo di risorse sanitarie, sociali, individuali e familiari finalizzate al miglioramento della salute (nell'ottica della recovery, guarigione), del benessere, del funzionamento psico-sociale, dell'inclusione della persona e della sua partecipazione attiva alla comunità.

⁴ Progetto di presa in carico intensiva territoriale – da parte di un equipe curante multidisciplinare – volto ad approfondire il livello di lettura e di comprensione dei bisogni della persona e ad organizzare risposte mirate per favorire la prevenzione delle situazioni di crisi e di urgenza.

- **Le dimissioni dall'Unità Operativa di Psichiatria (SPDC)**

L'Unità Operativa di Psichiatria (ex Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) garantisce l'assistenza psichiatrica in regime di ricovero volontario e obbligatorio sulle 24 ore. Svolge attività di consulenza e collegamento con i reparti ospedalieri del Presidio di Rimini e con il Dipartimento di Emergenza – Urgenza di Rimini e Riccione. Presidia la collaborazione con le Strutture private accreditate, per quanto attiene l'accesso alle Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Intensivo (RTI), nell'ambito di protocolli d'intesa e contratti di fornitura definiti con gli organi di committenza aziendale.

Le dimissioni dai Presidi Ospedalieri di Diagnosi e Cura dell'Emilia Romagna che hanno riguardato le persone residenti in Provincia di Rimini nel 2013 sono state complessivamente 350, di cui l'8,8% in mobilità passiva regionale⁵. Il tasso di ospedalizzazione è rimasto pressoché stabile rispetto all'anno precedente, passando da 10,5 a 10,4 ricoveri ogni 10.000 residenti. Tale valore risulta, però, sensibilmente al di sotto del dato complessivo della Regione che è pari a 16,2 dimissioni per 10.000 residenti. Occorre sottolineare che, non essendo ancora disponibili i dati relativi alla mobilità passiva extra-regionale, i sotto riportati tassi di ospedalizzazione si devono intendere senz'altro sottodimensionati, in modo probabilmente più accentuato quello riminese essendo una provincia di confine.

Dimissioni dagli SPDC regionali di pazienti residenti

Tassi di ospedalizzazione x 10.000 residenti - Provincia di Rimini e Regione Emilia Romagna. Anni 2011-2013

	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013	
	Dimessi	Tasso ospedalizzazione x 10.000 residenti	Dimessi	Tasso ospedalizzazione x 10.000 residenti	Dimessi	Tasso ospedalizzazione x 10.000 residenti
Rimini	385	11,7	350	10,5	350	10,4
Regione	6.799	15,3	6.620	14,8	7.222	16,2

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

A cura di: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

I dati 2013 sono aggiornati al 23.04.2014

Per quanto concerne la mobilità passiva regionale dei pazienti della provincia di Rimini (considerando sia pubblico che privato) occorre, inoltre, sottolineare come fra il 2012 e il 2013, a fronte di un aumento delle dimissioni in export (passate da 43 a 61), sono però diminuite dell'1,9% le relative giornate di degenza e la susseguente spesa.

Di questi 61 ricoveri in export, 31 dimissioni sono state registrate nelle strutture private SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero a trattamento Intensivo) della Regione, in aumento del 82,3% rispetto al 2012 (in valori assoluti si tratta di 14 ricoveri in più), tuttavia l'onere economico è cresciuto solamente del 2,2% (in valori assoluti circa €. 2.500,00). Il contenimento della spesa per l'export – nonostante l'incremento dei ricoveri – è conseguenza dell'attenzione e del lavoro effettuati dai professionisti del Servizio per organizzare un rapido rientro del paziente nelle strutture di residenza, riducendo così anche i disagi logistici del paziente stesso e dei suoi familiari.

Infine, occorre sottolineare che nel corso del 2013 sono stati effettuate 230 dimissioni (-1,3% rispetto alle 233 dimissioni del 2012) dalla struttura residenziale RTI "Sole" che opera sul territorio provinciale e che riserva - in convenzione - 20 posti letto a pazienti residenti nella provincia di Rimini per patologie psichiatriche in fase acuta e sub acuta che necessitano di trattamenti prolungati. In totale, si è registrato il pieno utilizzo delle giornate disponibili.

Ulteriori 33 dimissioni (per un totale di 754 giornate di degenza, -19,9% rispetto al 2012) si sono registrate nelle altre Case di Cura private accreditate AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) della Regione Emilia-Romagna per tipologie di inserimenti RTI o RTP.

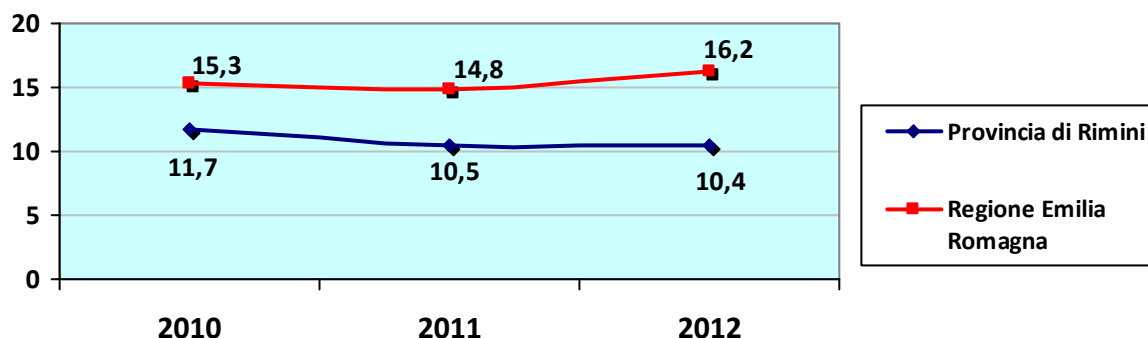
⁵ Il dato sulla mobilità passiva extra-regionale per il 2013 non è ancora disponibile.

Questi dati evidenziano un utilizzo pieno delle risorse locali (pubbliche o in convenzione come RTI "Sole") e una sensibile riduzione delle giornate di degenza in strutture regionali esterne all'Ex Ausl di Rimini.

Dimissioni dagli SPDC regionali di pazienti residenti

(Tassi di ospedalizzazione x 10.000 residenti)

Anni 2011 - 2013



L'analisi nel dettaglio di quanto avvenuto nel SPDC di Rimini nel 2013 evidenzia i seguenti aspetti:

1. sono state effettuate 348 dimissioni (-6,4% rispetto al 2012) delle quali 319 (ovvero il 91,7%) riguardano pazienti residenti sul territorio provinciale;
2. si sono però utilizzate 6.428 giornate di degenza, per una durata media per ricovero di 18,5 giorni (in crescita rispetto alla durata media riscontrata nel 2012 pari a 17,4 giorni);
3. rispetto ai 15 posti disponibili si ha avuto un tasso di occupazione pari al 117,4%; l'anomalia di tale dato si spiega col fatto che in particolari situazioni di criticità, legate a contingenti condizioni di sovraffollamento del reparto, possono essere utilizzati posti letto aggiuntivi fino ad un massimo di 4, riservati esclusivamente ai casi di ricovero urgente per pazienti residenti nel territorio provinciale, che comporterebbero disagi trasferimenti degli stessi presso altri reparti della Regione. Il tasso di occupazione calcolato su 19 posti letto arretra al 92,7% (in media si rileva un pieno utilizzo di 17,6 posti letto);
4. il numero complessivo di TSO effettuati al SPDC di Rimini ha avuto un deciso decremento, passando dai 104 del 2012 agli 88 del 2013. Tuttavia, il rapporto TSO/dimissioni evidenzia come ancora 1 ricovero su 4 presso SPDC di Rimini avvenga in regime di TSO. Un confronto con i dati regionali mostra una media RER che si attesta a circa la metà del dato riminese, sebbene una comparazione in questi termini appaia scarsamente attendibile in quanto il dato risulta condizionato dalla durata delle degenze (nello specifico, presso SPDC di Rimini ci sono stati ricoveri imposti dall'autorità giudiziaria che sono durati oltre i sei mesi, riducendo di fatto il numero di ricoveri possibili e quindi elevando il rapporto TSO/Dimessi).

Percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) sul totale delle dimissioni dal Reparto di Diagnosi e Cura – Anni 2010 - 2012

	Anno 2011			Anno 2012			Anno 2013		
	TSO	Totale Dimessi	% TSO/Dimessi	TSO	Totale Dimessi	% TSO/Dimessi	TSO	Totale Dimessi	% TSO/Dimessi
Rimini	107	389	27,5	104	372	28,0	88	348	25,3
RER	1.085	7.342	14,8	1.152	7.159	16,1	985	7.788	12,6

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna (Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali).

I dati 2013 sono aggiornati al 23.04.2014

• **L'utenza del Centro di Salute Mentale (CSM)**

Il Centro di Salute Mentale, per lo svolgimento delle proprie funzioni, è articolato su diverse sedi distribuite sul territorio, ma con piena integrazione funzionale tra di loro.

Le due sedi principali dell'UO, site nei comuni di Rimini e Riccione, sono aperte al pubblico dal Lunedì al Venerdì dalle ore 07.30 alle ore 19.30 ed il Sabato dalle ore 07.30 alle ore 14.00.

Le altre sedi periferiche sono dislocate nei comuni di Bellaria, Santarcangelo, Verucchio, Novafeltria, Cattolica e Morciano.

In tutti gli ambulatori vengono effettuate - da personale afferente alle professionalità di psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale ed educatore - attività di prevenzione e promozione della salute mentale, attività di accoglienza (prima visita, consulenza), trattamento psichiatrico specialistico, trattamento territoriale integrato, attività di certificazione, trattamento familiare e psico-educativo, interventi socio-riabilitativi sul territorio.

Nei giorni festivi il servizio è chiuso e viene garantita la continuità dei trattamenti terapeutici tramite l'ausilio del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rimini dove è attivo, sulle 24 ore, il Servizio di Guardia Psichiatrica (diurna, notturna e festiva).

L'accesso al servizio presso tutte le strutture del Centro di Salute Mentale avviene nel rispetto dei tempi di attesa garantiti (15 giorni per le visite programmate e in giornata per le visite urgenti):

1. previa presentazione dell'impegnativa di visita specialistica da parte del Medico di Medicina Generale;
2. attraverso accesso diretto.

La prenotazione avviene sia presentandosi personalmente al Servizio sia attraverso una persona delegata in possesso della richiesta del MMG.

Tutte le informazioni relative agli orari di apertura, le modalità di accesso e le prestazioni erogabili sono messe a disposizione della cittadinanza attraverso la Carta dei Servizi dell'Azienda e le pagine web dedicate nel sito aziendale.

Uno studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali – realizzato nell'ambito del progetto europeo ***European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*** e al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna) - ha stimato, rispetto ai tassi di prevalenza lifetime trovati nel campione italiano, che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne appaiono più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Anche l'essere disoccupati o disabili aumenta il rischio di soffrire di problematiche psichiche.

Il peggioramento della situazione economica e sociale che sta determinando, in questi ultimi anni, un aumento della povertà soprattutto nelle categorie più fragili (giovani, anziani, disabili, immigrati), è anche fonte di un aumento del malessere che spesso si esprime a livello psicologico e che tende inevitabilmente a confluire nei servizi che fanno parte del DSM-DP (abuso di sostanze, sintomatologie ansioso-depressive, aumento dei suicidi e tentati suicidi).

I cambiamenti demografici in atto, poi, hanno comportato un minor numero di giovani che si rivolgono ai servizi ed un aumento, invece, dell'utenza degli over 65, con richiesta di prestazioni soprattutto per quadri depressivi e per consulenze sui disturbi comportamentali nelle demenze.

I pazienti istituzionalizzati degli ex ospedali psichiatrici sono pressochè scomparsi e sono stati in parte sostituiti, seppur aventi caratteristiche diverse, da quelli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) o da soggetti con misura di sicurezza in strutture comunitarie o al proprio domicilio. La prossima chiusura degli OPG impone al Dipartimento di interrogarsi sulle strutture alternative per la collocazione di alcune persone internate del nostro territorio. Già ora per tali utenti il dipartimento è chiamato ad un onere economico che supera abbondantemente il milione di euro annui.

Sono comparsi all'interno dell'utenza del Dipartimento un numero sempre più alto di persone provenienti da paesi europei ed extra europei, con importanti conseguenze sulla presa in carico di questa tipologia di persone. Questo fenomeno ha interessato e interessa in egual misura tutti i servizi del Dipartimento compresa l'attività psichiatrica nel carcere che ospita un alto numero di extracomunitari. L'impatto dei migranti e della loro sofferenza mentale con i servizi ha

comportato difficoltà connesse alla comprensione, all'interpretazione e alle forme di aiuto da rivolgere a soggetti culturalmente diversi dalla popolazione locale.

Alcuni quadri clinici che in passato non erano frequenti hanno avuto un notevole incremento ed in particolare i Disturbi di Personalità e i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Stanno aumentando vertiginosamente i disturbi da abuso di sostanze in comorbidità con i disturbi psichiatrici. La presenza nello stesso paziente di entrambe le patologie è un fenomeno recente molto grave dal punto di vista degli esiti clinici e comporta grande criticità nella presa in carico da parte dei servizi CSM e Dipendenze Patologiche. Questi importanti fenomeni di cambiamento sociale, economico e demografico, quindi, hanno determinato notevoli modifiche dell'utenza, richiedendo trasformazioni strutturali e organizzative del Dipartimento di Salute Mentale.

A fronte dei nuovi bisogni assistenziali a cui è chiamato a rispondere, il DSM-DP ha già iniziato i lavori di formazione dei propri operatori e di definizione di percorsi adatti a queste nuove tipologie di utenza. Sono attivi nel Dipartimento, infatti, programmi/percorsi volti a garantire trattamenti specialistici da parte di professionisti adeguatamente formati nei seguenti ambiti:

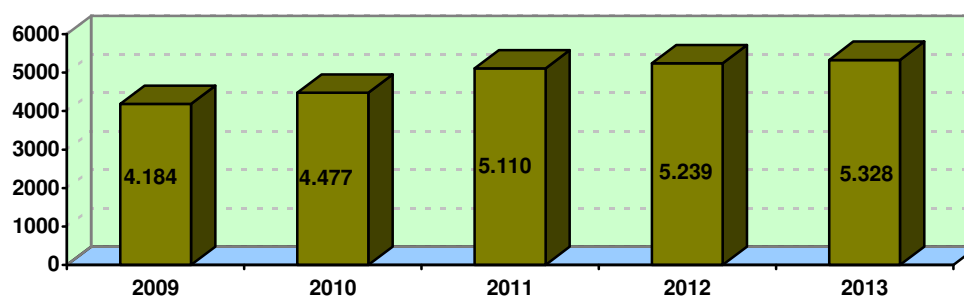
- Disturbi del comportamento alimentare
- Esordi psicotici
- Disturbi di personalità
- Doppia diagnosi (abuso di sostanze in comorbidità con disturbi psichiatrici)
- Anziani e demenze
- Collaborazione con la Medicina di Base per la gestione condivisa di pazienti con patologie psichiatriche minori (Programma "G. Leggieri")

La succitata diversificazione e specializzazione dell'offerta di trattamento, insieme all'accresciuta capacità di individuazione delle problematiche psichiatriche e alla crescente collaborazione con la Medicina di Base ed altri Servizi dell'Azienda (Servizio anziani e Centro per le Demenze in primis), sono gli elementi cardine che fanno sì che un numero sempre più elevato di persone entri in contatto con i centri di salute mentale.

Il grafico sottostante, in cui sono riportati i pazienti afferiti ai servizi del Centro di Salute Mentale dell'Ex Ausl di Rimini nel corso degli anni, evidenzia proprio il costante ed importate aumento dei pazienti che necessitano di una presa in carico (problematiche psichiatriche gravi) o di una consulenza (problematiche psichiatriche minori) specialistica del CSM.

Pazienti afferiti al CSM Azienda USL di Rimini

(Anni 2009-2013, valori assoluti)



Fonte: Banca dati SISM, Regione Emilia-Romagna.

A cura di: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Nel dettaglio, rispetto ai suddetti 5.328 pazienti⁶ entrati in contatto con l'UO-CSM:

- 3.882 pazienti (72,7%) risultano essere stati presi in carico con un progetto terapeutico.
- 1.455 pazienti (27,3%) risultano essere stati seguiti in consulenza o per la necessità di ricevere certificazioni.

⁶ Rispetto al dato Regionale, ai 5.328 pazienti afferiti vanno considerati ulteriori 9 pazienti che non figurano nel flusso RER per anomalie informatiche, ma che hanno comunque ricevuto prestazioni dai professionisti del CSM

I nuovi pazienti afferiti per la prima volta al CSM nel corso del 2013 sono stati 1.453 (27,3% del totale pazienti afferiti). Se ai suddetti si aggiungono i 673 reingressi (ossia pazienti che erano già stati seguiti in passato e che sono tornati per una nuova consulenza o presa in carico nel 2013) il totale delle prime visite 2013 si attesta a 2.126 utenti. Tali pazienti possono aver fatto anche più di un accesso senza essere stati presi in carico (generalmente perché al primo accesso hanno abbandonato il percorso prima di completare l'iter diagnostico oppure perché inviati più volte a consulenza dal MMG), infatti il totale dei nuovi accessi/reingressi 2013 è stato pari a 2.291.

L'analisi dei tassi di prevalenza rispetto alla popolazione maggiorenne, suddivisi per singolo comune della Provincia sono riportati nella tabella sottostante.

CSM Ex Azienda USL di Rimini: utenti/popolazione target

(Anni 2011 - 2013, tasso di prevalenza grezzo *10.000 residenti maggiorenni)

I dati fino al 2012 sono analizzati sugli accessi. Dal 2013 l'analisi viene più correttamente effettuata sul numero di pazienti, per tale motivo utenti e tasso di prevalenza risultano erroneamente inferiori.

** Nel tasso regionale sono inclusi anche i soggetti non residenti, per cui il TOTALE RER è commensurabile solo con il TOTALE EX AUSL RIMINI.*

	2011			2012			2013		
Comune di residenza	Utenti	Popolaz. Resid. >18	Tasso/ 10.000	Utenti	Popolaz. Resid. >18	Tasso/ 10.000	Utenti	Popolaz. Resid. >18	Tasso/ 10.000
Utenti non residenti	492			497			395		
Bellaria-Igea Marina	246	15.882	154,9	259	15.977	162,1	281	16.072	174,8
Poggio Berni	55	2.810	195,7	53	2.809	188,7	46	2.839	162,0
Rimini	2202	120.443	182,8	2270	121.419	187	2292	123.445	185,7
Santarcangelo di R.	275	17.702	155,3	271	17.835	151,9	279	18.120	154,0
Torriana	15	1.268	118,3	15	1.284	116,8	16	1.287	124,3
Verucchio	118	8.204	143,8	114	8.235	138,4	121	8.147	148,5
Casteldelci	14	402	348,3	16	391	409,2	20	386	518,1
Maiolo	21	713	294,5	18	704	255,7	17	698	243,6
Novafeltria	95	6.253	151,9	117	6.264	186,8	119	6.199	192,0
Pennabilli	50	2.567	194,8	40	2.573	155,5	52	2.556	203,4
San Leo	34	2.502	135,9	39	2.517	154,9	35	2.507	139,6
Sant'Agata Feltria	43	1.984	216,7	44	1.993	220,8	42	1.947	215,7
Talamello	13	912	142,5	14	909	154	11	921	119,4
Distretto di Rimini	3.181	181.642	175,1	3.270	182.910	178,8	3.331	185.124	179,9
Cattolica	237	14.408	164,5	207	14.575	142	233	14.668	158,8
Coriano	129	8.369	154,1	144	8.423	171	133	8.434	157,7
Gemmano	25	972	257,2	23	980	234,7	25	983	254,3
Misano Adriatico	207	10.216	202,6	195	10.408	187,4	195	10.581	184,3
Mondaino	14	1.258	111,3	14	1.264	110,8	16	1.245	128,5
Monte Colombo	30	2.653	113,1	41	2.764	148,3	39	2.798	139,4
Montefiore Conca	30	1.865	160,9	28	1.875	149,3	30	1.841	163,0
Montegridolfo	7	872	80,28	8	861	92,92	7	846	82,7
Montescudo	47	2.663	176,5	55	2.709	203	46	2.714	169,5
Morciano di R.	74	5.744	128,8	74	5.812	127,3	72	5.776	124,7
Riccione	627	30.243	207,3	638	30.377	210	607	30.300	200,3
Saludecio	44	2.509	175,4	47	2.574	182,6	35	2.610	134,1
San Clemente	63	4.174	150,9	65	4.359	149,1	61	4.426	137,8
San Giovanni in M.	81	7.550	107,3	99	7.533	131,4	112	7.697	145,5
Distretto di Riccione	1.615	93.496	172,7	1.638	94.514	173,3	1.611	94.919	169,7
Totale Prov. Rimini	4.796	275.138	174,3	4.908	277.424	176,9	4.942	280.043	176,5
Totale Ex Ausl Rimini	5.288	275.138	192,2	5.405	277.424	194,8	5.337	280.043	190,6
Totale RER*	77.839	3.737.396	208,3	79.864	3.754.530	212,7	78.122	3.759.836	207,8

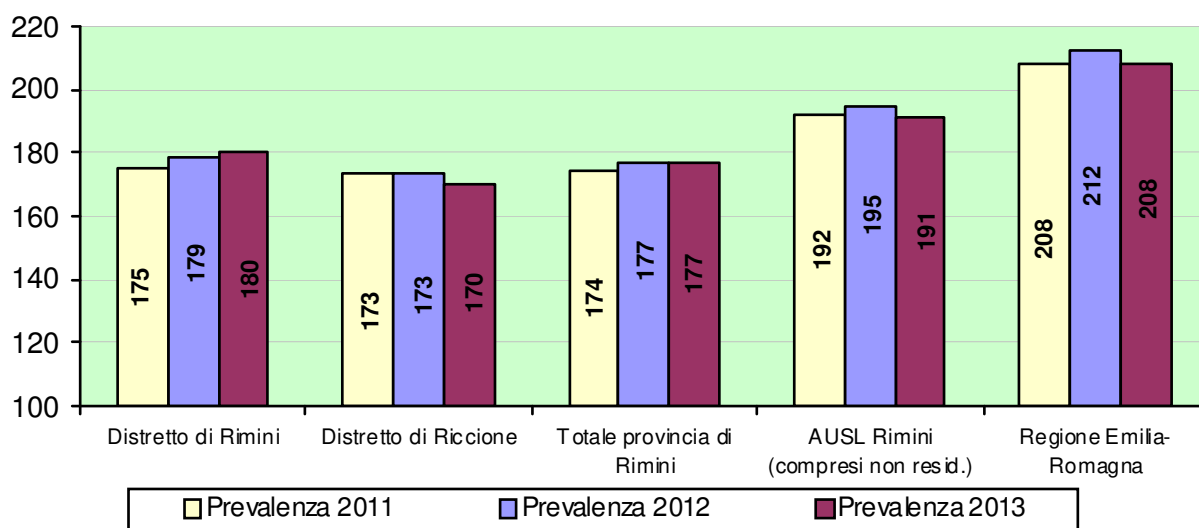
Nel corso degli ultimi anni il rapporto popolazione che afferisce ai CSM (compresi i non residenti in provincia) e popolazione maggiorenne residente (nella tabella soprastante questo dato viene definito TOTALE EX AUSL RIMINI), riporta un costante incremento: si passa da 164,9 utenti per ogni 10.000 residenti del 2009 ai 190,6 del 2013, restando comunque più basso rispetto alla media regionale che risulta essere di 207,8 per il 2013. Le motivazioni di questa crescita, molto probabilmente, sono da attribuirsi al fatto che le modalità organizzative del servizio hanno sviluppato un ampliamento dell'attività di consulenza a favore del MMG o del Pronto Soccorso per la valutazione e il trattamento delle problematiche psichiatriche.

Considerando i tassi grezzi di prevalenza (solo utenza residente *10.000, esclusi i non residenti), si evidenziano sostanziali differenze tra i comuni della Provincia, tuttavia, è consigliabile non dare eccessivo peso ai tassi dei comuni più piccoli, in quanto il basso numero di residenti può limitare l'attendibilità dell'analisi.

A livello di Distretto, oltre a confermarsi una costante crescita del numero di pazienti rispetto alla popolazione target, a partire dal 2011 il dato di prevalenza dell'area di Rimini ha superato quello dell'area di Riccione (occorre però specificare che dal 2011 è entrata a far parte della provincia anche la zona territoriale dell'Alta Valmarecchia che è stata proprio attribuita al distretto di Rimini e che in diversi comuni presenta tassi di prevalenza molto superiori al dato provinciale).

CSM Azienda USL di Rimini: utenti/popolazione target

(Anni 2011 - 2013 tasso di prevalenza grezzo *10.000 residenti maggiorenni)



Le problematiche psichiatriche si presentano in tutte le età, sono trasversali tra genere (si stima che il 41% di uomini e il 30% delle donne abbiano sofferto almeno una volta nella vita di disturbi mentali o di abuso di droghe/alcol) e di frequente colpiscono profondamente nella qualità della vita quotidiana, nello svolgimento delle attività lavorative (solo il 36,5% è occupato regolarmente), nelle relazioni amicali e familiari (il 39,5% vive solo o in casa con la famiglia di origine, il 47,3% è celibe/nubile)⁷.

Non meno importante è il numero di persone di nazionalità straniera che accedono ai CSM dell'EX AUSL di Rimini: si è passati dai 213 nel 2010 pari al 4,7% ai 398 nel 2013 pari al 7,5%. Nonostante l'incremento, appare comunque necessario un ulteriore lavoro per migliorare ancora l'accessibilità ai servizi per l'utenza straniera, infatti gran parte di questa utenza afferisce in quanto reclusa presso la Casa Circondariale. Tra le nazionalità più frequenti ricorrono utenti provenienti dall'est Europa (soprattutto Albania, Romania ed Ucraina) e dal nord Africa (Marocco e Tunisia, in particolare).

⁷ Le percentuali sono calcolate rispetto a coloro di cui si dispone dell'informazione (sono esclusi i "missing").

Anche nel 2013 vi è stata una più ampia proporzione di donne in trattamento ai CSM (54,4%, confermando la tendenza degli anni precedenti), con valori però più bassi rispetto al 57,3% regionale (probabilmente perchè fra l'utenza rientrano anche i pazienti seguiti presso la Casa Circondariale che accoglie esclusivamente detenuti di sesso maschile).

Questo aspetto è probabilmente legato alle diagnosi di depressione, una patologia che gli studi internazionali indicano come tasso di prevalenza lifetime globale circa al 13%, con il 9% degli uomini adulti e il 17% delle donne adulte (rapporto uomo/donna 1:2).

Gli studi, inoltre, prevedono un ulteriore aumento della prevalenza nei prossimi decenni, e poiché la depressione è associata ad elevati livelli di sofferenza psicologica e di disabilità, nonché ad elevati costi personali e sociali è una problematica che deve essere affrontata con tempestività (lo sviluppo del Progetto di integrazione fra Medicina Generale e Psichiatria è proprio orientato ad incrementare i livelli di collaborazione ed efficacia dei trattamenti in questi settori).

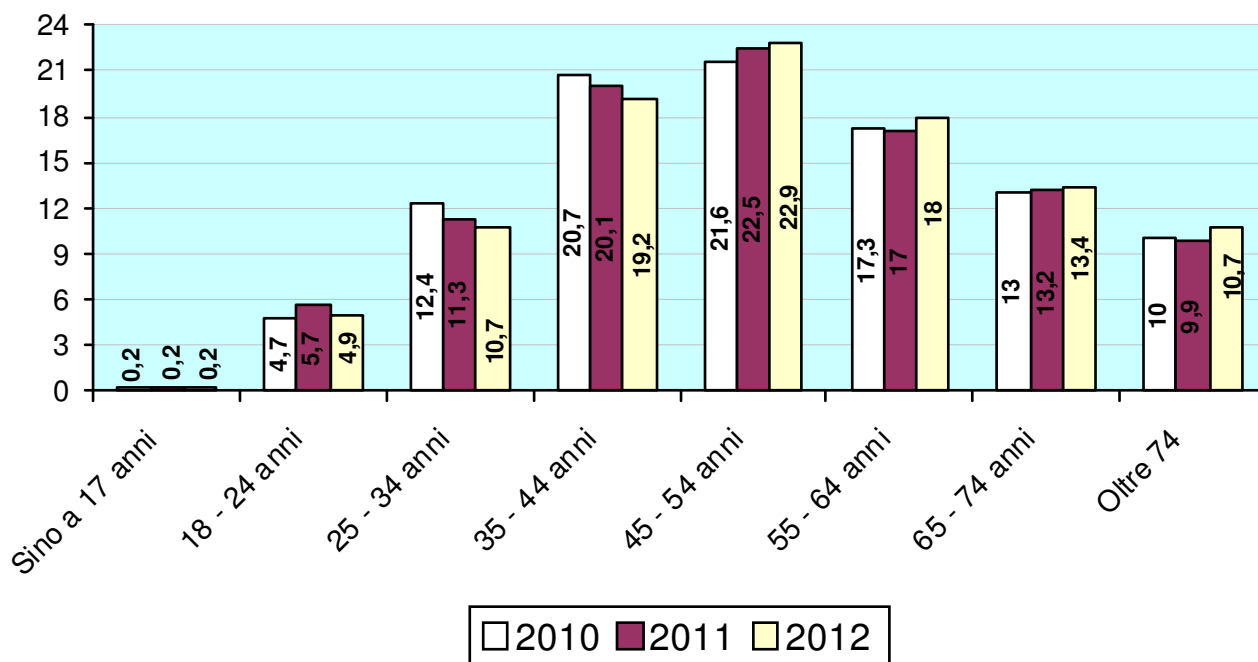
In tutti i periodi esaminati non emergono differenze significative in merito alla distribuzione per genere tra i residenti dei due distretti di Rimini e Riccione, tracciando una composizione anagrafica dell'utenza molto simile. Alcuni singoli comuni, con una numerosità di utenti non molto elevata, presentano una prevalenza di donne che si avvicina a volte al 70%, quali ad esempio Casteldelci, Maiolo, Montegridolfo.

Anche tra i cittadini stranieri – il 7,5% dell'utenza complessiva – nel 2013 vi è una quota più elevata di femmine (51,5%) sebbene più basso rispetto al dato generale.

La tendenza per fasce d'età si presenta come una curva in cui sono maggiormente rappresentate le classi di età centrali. La classe di età giovanile 18-24 anni rappresenta il 4,9% del totale, mentre più consistenti sono le quote di utenti 35-44enni (19,2%) e 45-54enni (22,9%). Gli over 65enni rappresentano quasi ¼ dell'utenza.

Utenza CSM AUSL Rimini per classi di età

(Anno 2011 - 2013 valori %)



DIPENDENZE

Le dipendenze patologiche, pur modificandosi nelle modalità di assunzione e nelle tipologie di sostanze utilizzate, continuano a rappresentare un fenomeno diffuso che attraversa tutto il tessuto sociale.

I fenomeni di consumo, abuso e dipendenza da alcol e droghe sono soggetti a continui, e spesso rapidi, cambiamenti da porsi in relazione a due fondamentali variabili: le strategie del narcotraffico e gli stili di vita delle persone con particolare riferimento alle fasce giovanili. Altri fattori, come le politiche sociali e sanitarie locali e la penetrazione dei servizi incidono prevalentemente sulla prevenzione secondaria (cura) riducendo, quando efficaci, i rischi e le conseguenze individuali e collettive dei fenomeni d'abuso. In questi anni molto è stato fatto in Europa, in Italia e in Emilia Romagna in termini di politiche di prevenzione, di riduzione del danno, di reinserimento sociale ma molto resta ancora da fare. Se da un lato si riscontra una netta diminuzione della mortalità droga – correlata, dall'altro si evidenzia un quadro di ampia diffusione dell'uso di sostanze illegali tra la popolazione generale, soprattutto tra i giovani. Stiamo assistendo ad una progressiva trasformazione culturale nell'approccio alle sostanze stupefacenti illegali e legali sia tra la popolazione adulta sia tra le nuove generazioni, anche se nella maggior parte dei cittadini permane la percezione che l'assunzione delle droghe sia rischioso per la tutela della salute.

Nel corso degli anni è stato strutturato un valido sistema di servizi sanitari impegnati a vario titolo nella prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con abuso e dipendenza da sostanze psicotrope (alcol e tabacco inclusi) e con dipendenze senza sostanze o comportamentali, quali ad esempio il gioco d'azzardo. La costituzione di una rete di interventi sia a livello preventivo sia trattamentale e di reinserimento ha dunque rappresentato l'obiettivo principale di sviluppo in rete con altri servizi ed Enti da parte dell'UO Dipendenze Patologiche.

Il territorio provinciale presenta una ricca offerta di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per l'accoglienza, la diagnosi ed il trattamento delle dipendenze che assicurano una proposta di cura diversificata: farmacologica, socioriabilitativa, psicologica e/o psicoterapica. Sono infatti presenti 4 sedi ambulatoriali così ubicate: 1 c/o l'Ospedale Sacra Famiglia di Novafeltria rivolta ai cittadini della zona dell'Alta Valle del Marecchia, 1 nel Distretto di Riccione rivolta ai cittadini ivi residenti con problemi di dipendenza da uso di droghe, 1 nel Distretto di Rimini rivolta ai cittadini della Provincia di Rimini con problematiche di uso di alcol e tabacco ed un'altra rivolta, nello specifico, ai cittadini con problematiche da uso di sostanze illegali e ai soggetti con dipendenze comportamentali quale il gioco d'azzardo. Su tutto il territorio infatti è attiva un'équipe multidisciplinare dedicata alla prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico e si occupa delle problematiche che investono il giocatore, la sua famiglia e il contesto sociale.

Altro punto di forza dei percorsi terapeutici rivolti ai tossicodipendenti e agli alcolisti è costituita dall'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale fornita dalle strutture del privato sociale accreditato, che forniscono un totale di 154 posti ospite, di cui 107 a regime residenziale e 47 semi-residenziali, con un rapporto di 7,1 posti letto ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (dato invariato rispetto al 2011). La dotazione complessiva di posti letti convenzionati presso le strutture di assistenza rappresenta un aspetto dell'offerta dei servizi dedicati alle dipendenze assolutamente peculiare per entità e capillarità distributiva. I servizi dipendenze patologiche inviano i soggetti nelle strutture del territorio dell'attuale AUSL della Romagna, privilegiando prioritariamente le strutture del territorio provinciale che operano in forte sinergia con i servizi territoriali.

Oltre a quanto sopra citato, sul territorio è presente un'équipe, la quale organizzativamente afferisce all'UO Dipendenze Patologiche ma che espleta la propria attività all'interno della Casa Circondariale di Rimini. Tale équipe, su segnalazione del medico di assistenza primaria (MAP), accoglie le persone detenute tossico/alcolodipendenti garantendo loro le seguenti attività: osservazione e diagnosi e la presa in carico del paziente. In accordo con il SerT di residenza dell'utente e/o l'UEPE viene individuato il percorso terapeutico più idoneo che può essere svolto all'interno del carcere e/o sul territorio. Inoltre, presso la Casa Circondariale di Rimini, sono presenti sia una sezione detentiva dedicata ai soggetti con disturbo da uso di sostanze (Sezione Cassiopea) sia una sezione trattamentale a custodia attenuata (SeATT Andromeda).

Nell'ambito dei programmi riabilitativi dell'alcolismo e della tossicodipendenza è fondamentale l'integrazione tra interventi sanitari e sociali quale il sostegno all'inserimento lavorativo (corsi di qualificazione professionale o di tirocinii formativi), il sostegno alla domiciliarità e gli interventi di socializzazione attuati in collaborazione con gli enti locali, le cooperative sociali, ditte private o volontariato.

L'attività di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive in ambito provinciale si è articolata in diversi ambiti:

➤ **PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO SCOLASTICO**

Come ogni anno, l'UO Dipendenze Patologiche, partecipa alla redazione del catalogo delle attività di promozione e informazione per la salute (nello specifico in tema di alcol, tabacco e sostanze stupefacenti) rivolte al mondo della scuola (insegnanti e allievi), con l'obiettivo di far conoscere l'offerta di progetti nel campo della promozione della salute dei giovani, facilitandone l'accessibilità e la fruibilità.

Nel corso del triennio del 2013 sono stati programmati/effettuati diversi interventi di promozione della salute in tema di alcol e tabacco negli Istituti di scuola secondaria di primo grado (ex scuola media inferiore) e di secondo grado. Tra questi ricordiamo:

- Progetto di formazione fra pari denominato **"Una peer d'istituto"** presso l'ITIES di Santarcangelo di Romagna "Rino Molari". In tale ambito gli operatori dell'UOC Dipendenze Patologiche, in collaborazione con lo IOR di Rimini, hanno affrontato le tematiche del consumo/abuso di sostanze alcoliche e, attraverso il Centro regionale "Luoghi di prevenzione" di Reggio Emilia, i ragazzi hanno sperimentato i laboratori interattivi sulle tematiche della dipendenza.

- Progetto **"Avviso ai Naviganti"** gli operatori dell'UO Dipendenze Patologiche hanno condotto gli interventi di promozione/sostegno a stili di vita sani presso l'Istituto Professionale "Leon Battista Alberti" e l'ITIS "Leonardo da Vinci" di Rimini per complessivi 6 interventi di 4 ore ciascuno rivolte alle classi terze. A dicembre del 2012 sono stati progettati gli interventi che si terranno a partire da gennaio 2013.

- **"Scuole libere dal fumo/alcol"**. Prevenzione del consumo di tabacco e alcol nelle scuole superiori e promozione di un ambiente scolastico e culturale liberi dal fumo/alcol attraverso l'applicazione della normativa antifumo, l'inserimento di interventi educativi gestiti dai professori all'interno dei programmi curriculari scolastici e l'avviamento di un percorso di educazione tra pari.

- **"Alla tua salute"** al fine di promuovere una "scuola libera dall'alcol" con fasi e programmi diversificati: formativi, educativi e di sensibilizzazione, sia rivolte ai docenti che al gruppo dei pari secondo il modello della peer education, ma anche normativi, attraverso l'adozione di un regolamento scolastico.

- **"No grazie! Una scelta consapevole"** rivolto agli studenti di scuola secondaria di primo grado, al fine di aumentare la consapevolezza degli studenti sui possibili fattori personali e sociali che influenzano il consumo di alcol, tabacco o droghe, aiutare i ragazzi a riconoscere le pressioni sociali al consumo e incentivare corretti stili di vita per la salute

➤ **ALCOL E GUIDA**

Nel corso del 2013 è continuata l'applicazione della Circolare Regionale n°1/2010 che integra le "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica DGR 1423/2004". La Circolare prevede l'attivazione degli interventi info – educativi, preliminari alla restituzione della patente a soggetti che hanno violato l'art. 186 del Codice della Strada. Tali interventi, di tipo grupppale, nascono con la finalità di promuovere la diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze negative prodotte dal consumo di alcol e seguono il modello e la struttura indicate nella Circolare (Progetto GEKO – Giovani Evoluti e Consapevoli)

Dal 1° gennaio 2011 è stata introdotta l'obbligatorietà del corso nel percorso di valutazione della idoneità alla guida per i soggetti con violazione dell'art. 186 del Codice della Strada.

Nel corso del 2013 sono stati attivati 17 corsi infoeducativi per un totale di 417 partecipanti.

Sempre in tema di alcol e guida, anche nel 2013 è proseguita l'attività del progetto "Circolando", progetto di tutela della salute correlata al consumo di sostanze psicoattive, incluso nei Piani di Zona, promosso e gestito dalla U.O. Dipendenze Patologiche. Le attività svolte sono finanziate dal Fondo Sanitario Regionale per gli interventi per gli interventi di prossimità nell'area delle dipendenze. Il progetto si articola in una serie di attività per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri. Le attività vengono svolte nei luoghi del divertimento (che prevedono prevalentemente un pubblico giovanile) in collaborazione con i promotori/gestori dell'evento stesso.

La presenza di operatori di strada e di info-point nei contesti ricreativi e nei luoghi di aggregazione giovanile consente di attuare interventi di prevenzione e sensibilizzazione sulle tematiche legate all'uso e abuso di sostanze psicotrope e di attivare processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago e fornisce la possibilità di sottoporsi in modo volontario e gratuito al test per la rilevazione del tasso alcolemico al fine di incrementare i comportamenti di guida sicura.

Nel 2013, oltre alle attività contenute nel progetto "Circolando" è stato sottoscritto un protocollo con il Comune di Riccione e una rete di soggetti appartenenti al privato sociale e all'associazionismo al fine di promuovere un divertimento responsabile e la prevenzione dei rischi alcolodroga correlati nei confronti della popolazione giovanile.

Seguono alcuni dati di attività:

Nr uscite pari a **108** (113 nel 2012)

Nr soggetti contattati/agganciati **5.547** (nel 2012 sono stati 6.373)

Nr etilometri realizzati **3.184** (nel 2012 il valore era pari a 3.859) con relativo counselling sul consumo/abuso di alcol e rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza alcolica.

Nel corso delle serate inoltre, sono stati distribuiti più di 3000 opuscoli sulle diverse sostanze d'abuso, sull'alcol e la nuova normativa del Codice della Strada, sulle malattie a trasmissione sessuale (HIV/AIDS) e i servizi territoriali. Oltre agli opuscoli informativi sono stati distribuiti circa 2400 confezioni di profilattici.

➤ **ALCOL/TABACCO E LAVORO**

In collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica sono state organizzate attività di informazione sui rischi legati al tabagismo e all'uso/abuso di alcol rivolti ai lavoratori delle aziende del territorio della Provincia di Rimini. In tema di tabagismo inoltre, già da qualche tempo, è attivo un Gruppo Progetto denominato "Territorio senza fumo", composto dai referenti dei sottoprogetti aziendali e coordinato dal Dipartimento di Sanità Pubblica in stretta collaborazione con l'UO Dipendenze Patologiche che coordina in particolare l'area progettuale "Assistenza e cura del tabagismo". Il Gruppo progetto da attuazione al Piano regionale, che ha come obiettivo di salute la prevenzione delle malattie cronico degenerative dovute al fumo di tabacco, con conseguente riduzione della morbosità e della mortalità correlate.

Per quanto concerne le attività legate alla prevenzione dell'uso/abuso di alcol, il gruppo di lavoro aziendale, composto da diverse UU.OO. (PSAL, Formazione - Comunicazione e Dipendenze Patologiche) ha predisposto una campagna informativa e iniziative di sensibilizzazione sui rischi lavorativi da alcol riservate ai dipendenti dell'AUSL di Rimini come previsto dalla Delibera D.G. Azienda USL Rimini n° 194 del 28/03/2011 ("Campagna Informativa sui rischi lavorativi da alcol riservata ai dipendenti dell'AUSL di Rimini").

Nel 2013, oltre a proseguire l'attività di vigilanza sull'osservanza della normativa inerente il divieto di assumere o mettere a disposizione bevande alcoliche nei luoghi di lavoro condotta dagli operatori dell'UO PSAL⁸, il gruppo aziendale ha lavorato per organizzare un corso FAD (Formazione a distanza) rivolto agli operatori dell'AUSL della Romagna, avente per oggetto il tema di alcol e lavoro.

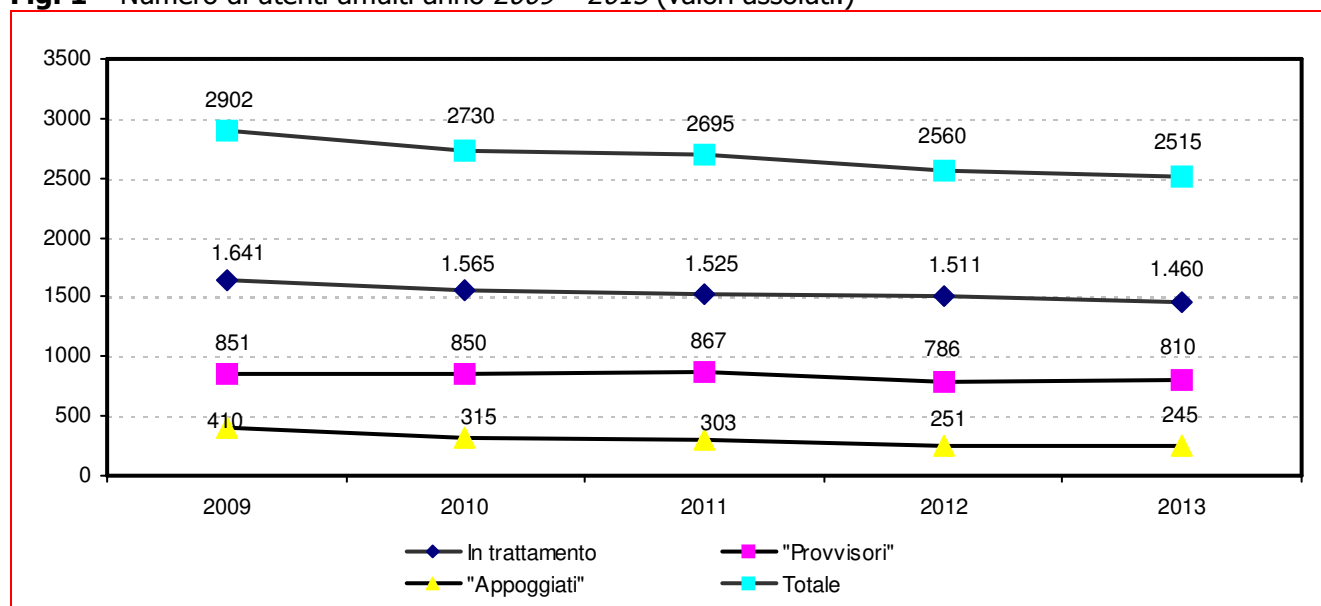
⁸ UO PSAL: Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

DATI DI ATTIVITÀ

Negli ultimi anni si sta verificando una relativa riduzione/stabilizzazione degli accessi⁹ ai servizi messi a disposizione dai presidi delle diverse Aziende Sanitarie in tema di droghe (legali, illegali) e/o di dipendenze comportamentali, passando dai 2.902 del 2009 ai 2.515 del 2013 (Fig. 1), con una flessione pari a 1,8%.

Contrazione/stagnazione peraltro riscontrata anche a livello nazionale¹⁰ ed europeo¹¹, dove si riscontra una sostanziale stabilizzazione dello scenario europeo in materia di stupefacenti.

Fig. 1 – Numero di utenti affluiti anno 2009 – 2013 (valori assoluti.)



* 15 utenti nel corso dell'anno sono passati da "appoggi" a presi in carico in quanto si sono domiciliati o hanno trasferito la loro residenza nel territorio AUSL Rimini

La maggioranza degli utenti che hanno avuto accesso ai servizi offerti dall'UO Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Rimini nel 2013, è costituita da persone con problemi connessi con le droghe illegali (62,7% del totale dell'utenza afflitta).

I soggetti afferiti per problematiche connesse con l'uso di alcol (somma di utenti in carico, provvisori, "appoggi" e utenti per i quali sono state svolte delle prestazioni nel corso dell'anno) sono stati 697 con un incremento del 13,8% rispetto al 2008 (617 soggetti). In particolare gli alcol dipendenti in carico sono passati da 389 del 2008 a 425 del 2013 (+9,2).

Vi sono inoltre altre forme di uso/abuso/dipendenza di cui l'UO ha cominciato ad occuparsi già da alcuni anni, come nel caso del gioco d'azzardo patologico ed il tabagismo. Nel 2013 hanno usufruito dei servizi messi a disposizione dall'UO Dipendenze Patologiche 132 tabagisti e 81 giocatori d'azzardo (Fig. 2).

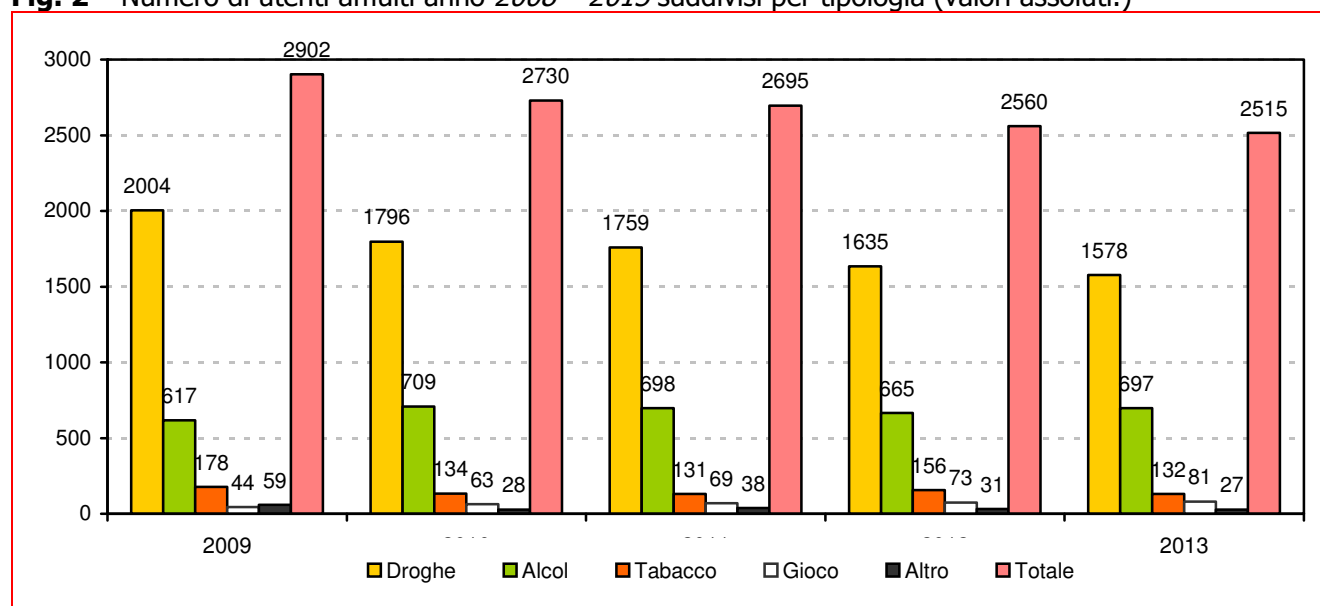
I soggetti seguiti dall'equipe SerT presso la Casa Circondariale di Rimini sono stati 160 (+17,6% rispetto al 2012) di cui, 93 con un programma terapeutico.

⁹ Il dato comprende gli utenti **in trattamento** che sono coloro sui quali gli operatori hanno dapprima svolto una fase di osservazione e diagnosi e successivamente, valutata la necessità di intervenire, hanno concordato col paziente la progettazione del programma terapeutico da effettuare; gli utenti **appoggiati** che sono coloro che provengono da un altro SerT, esterno al territorio di riferimento, generalmente per ricevere la terapia farmacologica definita dagli operatori del Servizio inviante; gli utenti **provvisori** che sono coloro che non sono stati inseriti in un programma riabilitativo perchè hanno abbandonato il Servizio mentre erano ancora alla fase di osservazione o perchè gli operatori non hanno ritenuto necessario iniziare un trattamento.

¹⁰ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione – Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione Annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. Sintesi*, Roma luglio 2012

¹¹ EMCDDA, Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi, Anno 2013

Fig. 2 – Numero di utenti affluiti anno 2008 – 2013 suddivisi per tipologia (valori assoluti.)



* I soggetti afferiti sono dati dalla somma di utenti in carico, provvisori, "appoggi" e utenti per i quali sono state svolte delle prestazioni nel corso dell'anno

L'utenza residente nei comuni che costituiscono il territorio della Provincia di Rimini è pari al 76,7% dell'utenza che ha usufruito nel 2013 dei servizi erogati dalle strutture dell'UO Dipendenze Patologiche (1930 soggetti).

I soggetti residenti fuori territorio provinciale costituiscono circa ¼ dell'utenza afflitta (585 persone) e di questi, il 14,5% sono persone straniere, perlopiù afferenti all'area dell'est europa o al nord africa.

Da sottolineare l'elevata quota di utenza (260 soggetti) trasferita temporaneamente da altre AUSL per la continuità terapeutica ("appoggi"). Nonostante la flessione registrata negli anni, la provincia di Rimini continua a rappresentare un territorio dove la migrazione temporanea continua a permanere piuttosto elevata sia come numero di persone sia come durata temporale (16.118 giornate con un incremento del 10,7% rispetto al 2008).

Uno fra gli indicatori comunemente "accreditati" per stimare la portata di un fenomeno in una determinata realtà, in termini di penetrazione e di espansione, è la prevalenza. Generalmente tale indicatore viene calcolato rapportando l'utenza alla popolazione residente¹² in quello specifico territorio. Per tale motivo sarebbe necessario poter distinguere le persone in trattamento tra residenti e non residenti.

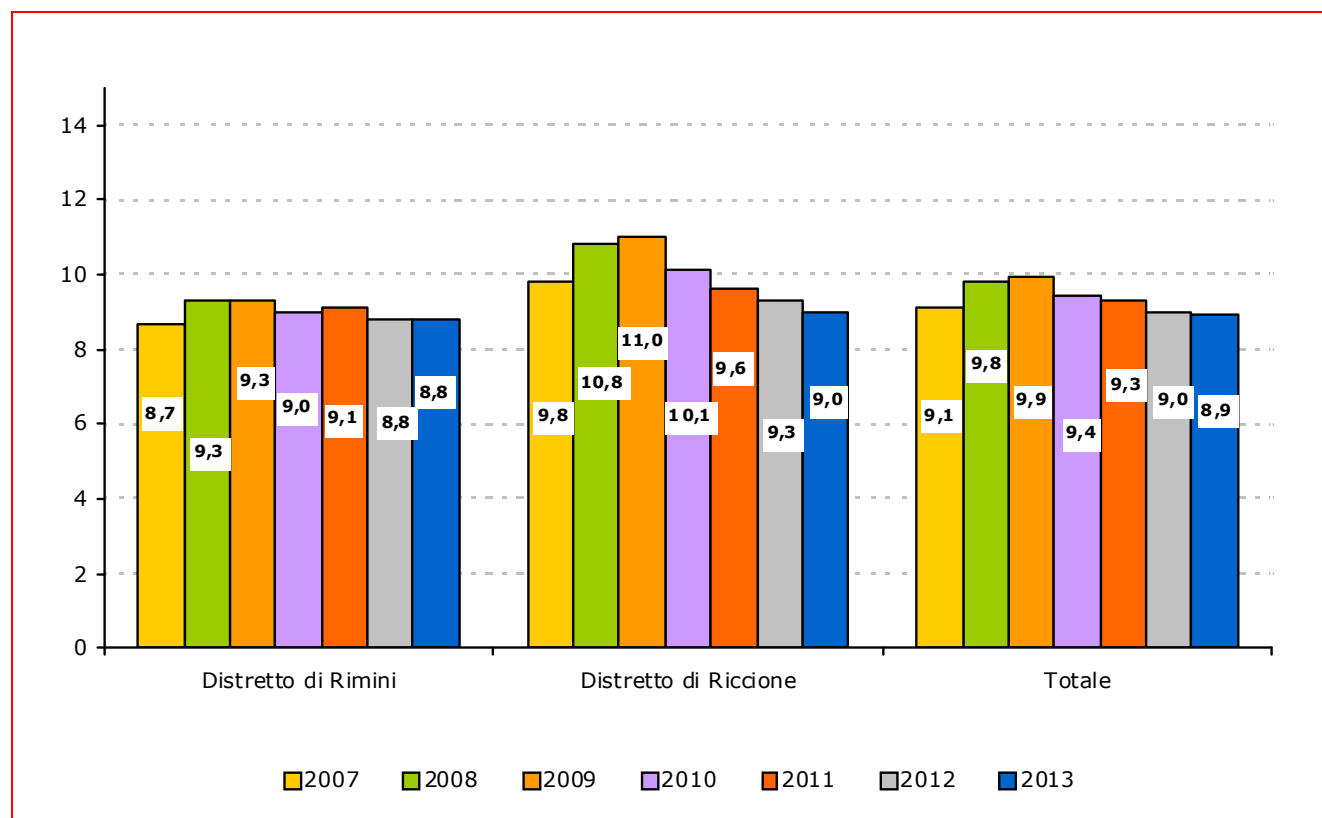
La distribuzione dei soggetti in base al territorio di appartenenza, utile al confronto tra differenti realtà, offre la possibilità di calcolare la prevalenza che, oltre a darci indicazioni sull'impatto e la penetrazione del fenomeno sul territorio, è utilizzabile anche come indicatore di accesso dell'utenza ai Servizi. Esso infatti è determinato dal numero di utenti che si rivolgono al SerT in rapporto alla potenziale utenza (popolazione 15 - 64 aa). Il dato misurato su anni successivi (2008-2013), evidenzia come l'utilizzo dei Servizi negli anni, risulti piuttosto omogeneo sia a livello distrettuale sia a livello generale di Azienda USL (v. Fig. 2).

La prevalenza 2013 calcolata per la popolazione dai 15 ai 64 anni d'età¹³ è di 8,9 per 1.000 cittadini residenti: ossia nel 2013 i servizi dell'UO Dipendenze Patologiche hanno fornito servizi a circa 9 residenti su 1000.

¹² Calcolo basato sulla popolazione generale 15 - 64 come effettuato e richiesto dal Ministero della Salute e dall'OEDT (Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze).

¹³ Popolazione residente nel territorio in esame al 1° gennaio di ogni anno.

Fig. 3 – Prevalenza - Rapporto tra utenza residente affluita/popolazione residente 15 – 64 aa *1.000. Provincia di Rimini 2007 – 2013



Nella tabella 1 viene riportata la ripartizione per comune di appartenenza degli utenti residenti nel territorio dell'Azienda USL di Rimini.

Per ogni comune della Provincia è stato calcolato il rapporto tra il numero dei cittadini appartenenti a quel dato comune sul totale della popolazione 15 – 64 anni residente nel comune medesimo.

Tab. 1 - Rapporto fra utenti in carico e affluti con la popolazione residente 15-64 anni. Dati 2013

Tipologia utenza	V.A. utenti affluti	Utenti affluti per 1000 res. 15-64 anni	V.A. utenti in carico	Utenti in carico per 1000 res. 15-64 anni
Comune				
Bellaria Igea Marina	104	8.0	59	4.6
Poggio Berni	10	4.2	5	2.1
Rimini	921	9.8	659	7.0
Santarcangelo di Romagna	99	7.0	69	4.9
Torriana	6	5.5	5	4.6
Verucchio	47	7.1	32	4.8
Casteldelci	-	-	-	-
Maiolo	3	5.8	1	1.9
Novafeltria	35	7.4	29	6.1
Pennabilli	5	2.7	4	2.1
San Leo	15	7.7	10	5.1
Sant'Agata Feltria	8	5.7	7	5.0
Talamello	4	5.4	2	2.7
Distretto Rimini	1257	8.8	866	6.1

Cattolica	124	11.2	75	6.8
Coriano	56	8.0	34	4.9
Gemmano	13	16.6	12	15.3
Misano Adriatico	86	10.1	55	6.4
Mondaino	5	5.4	2	2.2
Montecolombo	12	4.9	9	3.6
Monte Fiore Conca	15	9.9	13	8.5
Montegridolfo	3	4.5	2	3.0
Montescudo	31	13.5	26	11.4
Morciano di R.	33	7.1	25	5.4
Riccione	197	8.6	128	5.6
Saludecio	17	8.1	12	5.7
San Clemente	32	8.3	17	4.4
San Giovanni in Marignano	49	8.1	27	4.5
Distretto Riccione	673	9.0	468	6.3
Totale AUSL	1930	8.9	1319	6.1

PERCORSI DI CURA

Negli ultimi anni il sistema di cura organizzato dall'UO Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Rimini si è progressivamente diversificato offrendo tipologie di trattamento differenziate al fine di fornire risposte più adeguate ai bisogni cogenti espressi dai cittadini, attivando pertanto percorsi di accesso/cura specifici per le seguenti sottopopolazioni: alcoldipendenti, tabagisti, cocainomani, gamblers e giovani assuntori sino ai 21 anni.

Tab. 2 – Numero utenti suddivisi per tipologia (valori assoluti e variazione percentuale)

	2008	2013	Var. % 2008-2013
Alcoldipendenti	389	425	9.2
Tabagisti	128	102	-20.3
Cocainomani	149	145	-2.7
Gamblers	31	44	41,9
Giovani assuntori >=21 anni	51	19	-62,7

*Fonte Dati: SistER (Sistema Informativo sulle tossicodipendenze Regione Emilia Romagna) - Statistiche Ministeriali

Sin dal 2011 inoltre, l'UO aderisce ad un gruppo di lavoro intraaziendale facente capo al Programma di Psicologia per la costruzione di un percorso aziendale per l'adolescente ed il giovane adulto (14 – 25 anni).

Oltre a ciò, l'UO Dipendenze Patologiche partecipa al tavolo di lavoro per la sperimentazione di reti/equipe territoriali miste con diversa professionalità e trasversale ai diversi servizi sanitari e sociosanitari che intervengono nel trattamento degli adolescenti. Si precisa che già partire dal 2010 è attiva sia una procedura per la consulenza e la presa in carico di minore con psicopatologia e uso di sostanze psicoattive, sia una procedura per la consulenza e la presa in carico congiunta di minori o genitori di minori con sospetto disturbo da uso di sostanze psicoattive in collaborazione con U.O. Tutela Salute Famiglia, donna ed età evolutiva.

L'invecchiamento progressivo della popolazione già in carico ai servizi e l'arrivo di nuova utenza con problematiche differenti, ha richiesto un ripensamento sui percorsi di tutela della salute e sul monitoraggio delle malattie infettive per procedere ad interventi di diagnosi precoce più efficaci. Compito del SerT in questi ultimi anni è stato quello di sottoporre gli utenti ad un adeguato screening infettivologico ed internistico in collaborazione con l'UO Medicina Generale II e Malattie Infettive al fine di orientare e sostenere gli utenti verso l'effettuazione delle indagini necessarie e per instaurare una opportuna terapia volta a ridurre l'evoluzione dell'epatopatia cronica e dell'infezione da HIV.

A tal fine è stata istituita una modalità organizzativa per la proposta dello screening di I livello all'utenza tossico/alcolodipendente che nel tempo ha prodotto un notevole incremento nel numero di soggetti testati ed è stato predisposto un protocollo di interfaccia con le UU.OO. Malattie Infettive e Medicina Generale II al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli screening di II livello e della visita epatologica per i soggetti risultati positivi allo screening di I livello per l'epatite B e C.

Tab. 3 - Tossicodipendenti ed alcolodipendenti in carico all'UO Dipendenze Patologiche sottoposti ad almeno un test per tipologia di screening (valori percentuali)

	2008	2013
HAV	-	40,5
HBV	55,8	70,3
HCV	53,2	68,5
HIV	53,3	65,5

*Fonte Dati: SistER (Sistema Informativo sulle tossicodipendenze Regione Emilia Romagna) - Statistiche Regionali

Oltre ai percorsi di cura specifici dedicati ai problemi correlati all'uso di alcol e tabacco, è stato istituito il gruppo aziendale "Alcol" e ne sono stati individuati i coordinatori delle diverse aree progettuali; nello specifico l'area progettuale "Assistenza e cura" e "Prevenzione" è stata affidata all'UO Dipendenze Patologiche. La funzione di tale gruppo è quella di supportare tecnicamente tutte le azioni di promozione della salute, prevenzione, assistenza e cura al tabagismo e alle problematiche alcol correlate.

Sempre in tema di percorsi dedicati alle problematiche alcolcorrelate, nel corso dell'ultimo quadriennio si è sempre più consolidato il rapporto con la Commissione Medica Locale, che vede al suo interno la presenza di un medico dell'UO Dipendenze Patologiche e l'attivazione di consulenze specialistiche per i soggetti sanzionati in base all'Art. 186 Codice della strada, al fine di identificare eventuali problematiche di abuso o dipendenza da alcol che necessitino di un trattamento terapeutico specifico.

Dal 2012 inoltre, è attivo un percorso per garantire ai pazienti cardiopatici e tabagisti ricoverati presso l'UO Cardiologia e UTIC assistenza tabaccologica e per avviare percorsi di disassuefazione o mantenimento dell'astensione da tabacco.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Proseguendo nella realizzazione del programma regionale di odontoiatria, secondo quanto indicato nella DGR 374/08, nell'ambito del servizio specialistico odontoiatrico ed ortodontico sono state rimodulate e potenziate alcune attività sia per facilitare l'accesso degli utenti, sia per migliorare i servizi e i programmi di cura. Nello specifico, già da tempo, l'ampliamento delle definizioni di condizione di vulnerabilità sociale e sanitaria contenuta nella DGR 374/08 ha determinato un progressivo aumento del numero degli assistiti che possono accedere ai servizi specialistici. Per questo era stato creato già da tempo un percorso facilitato per l'accesso alle persone affette da handicap psico-fisico, governato dal responsabile di branca per l'attività di odontoiatria in collaborazione con il dirigente referente per il servizio odontoiatrico.

Per rispondere, da una parte all'aumento dei pazienti con vulnerabilità di tipo sociale e sanitario e dall'altra al miglioramento della qualità dei percorsi di trattamento terapeutico e protesico, sono state attuate o mantenute alcune azioni strategiche:

- Presenza attiva di un ambulatorio odontoiatrico presso il presidio ospedaliero di Rimini dedicato all'effettuazione di consulenze su richiesta dal Pronto Soccorso e dei reparti per degenti oltre che all'effettuazione di 12 visite odontoiatriche urgenti prenotabili da CUP, con il mantenimento nei limiti dei tempi di attesa su questo tipo di prestazione (24 – 48 ore);
- Riorganizzazione dell'attività lavorativa di ogni singolo specialista convenzionato interno al fine di conseguire il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni, con mantenimento delle aperture pomeridiane e sviluppo dell'attività destinata all'urgenza odontoiatrica, prenotabile così sull'intero orario della settimana lavorativa (sabato mattina compreso);
- Consolidamento di un'equipe infermieristica dedicata all'assistenza odontoiatrica, a supporto di una più efficace presa in carico dei pazienti adulti e minori, attraverso lo sviluppo di una specifica professionalità.
- Mantenimento dell'attività di protesica fissa sui livelli quantitativi del 2012;
- Mantenimento dell'attività di ortodonzia sui livelli quantitativi del 2012;

Elaborazione di alcuni percorsi interni all'equipe di specialisti che si occupano di attività diverse nell'ambito odontoiatrico (ortodonzia, assistenza protesica, odontoiatria conservativa, chirurgia endorale) per facilitare l'accesso dei singoli pazienti da uno specialista all'altro al fine di completare l'iter terapeutico, valorizzando le diverse specifiche competenze.

- Completamento dell'installazione di macro-attrezzature acquisite precedentemente con fondi regionali dedicati (2^a e 3^a fase del programma di finanziamenti per l'odontoiatria);
- Il progetto di informatizzazione degli ambulatori odontoiatrici ha portato già dal 2011 alla totale gestione degli appuntamenti su agende elettroniche (con eliminazione del supporto cartaceo) per la tenuta della quota di attività autogestita da parte dei professionisti, rendendo più attendibile e preciso il flusso ASA attraverso il quale viene assolto il debito informativo verso la RER. Il completo utilizzo delle agende elettroniche consente anche la rilevazione periodica del MAPS in tempo reale per via elettronica da parte dell'U.O. Controllo di Gestione;
- È stato mantenuto un operatore amministrativo dedicato alla gestione della segreteria degli ambulatori di Rimini e al management e controllo in tempo reale dei dati di attività, in collaborazione con la coordinatrice delle casse ticket, per il controllo del pagamento delle quote di partecipazione dovute da alcune categorie di cittadini e le conseguenti azioni di recupero dei crediti;

Dall'analisi dei tabulati dei dati di attività relativi agli ultimi anni di attività emerge quanto segue:

- Un trend in aumento del numero di utenti trattati con terapie conservative dopo accesso urgente all'ambulatorio odontoiatrico e dopo il trattamento del dolore e/o dell'infezione.
- Una certa stabilità del numero dei pazienti trattati per la riabilitazione protesica mobile e fissa.
- Il mantenimento dei livelli di attività in ambito ortodontico con le normali, più lente, fluttuazioni del numero dei pazienti trattati: questo è dovuto alla lunga durata nel tempo dei trattamenti ortodontici con conseguente turn-over dei pazienti stessi più basso.

AZIONI ED ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI ANCHE IN CONDIZIONI DI GRAVISSIMA DISABILITA'

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ED APPLICAZIONE DELLA DGR 1230/2008

L'obiettivo principale nella gestione del Fondo per la non autosufficienza (FRNA) è stato quello di organizzare, su base distrettuale, il governo degli interventi per la non autosufficienza rivolti ai disabili adulti, tenuto conto della decisione, assunta in sede di programmazione, di intraprendere una politica di contenimento a fronte dell'esistenza di una spesa storicamente superiore alla media regionale.

Il lavoro è stato condotto in raccordo con l'Ufficio di Piano per la costruzione e l'implementazione di attività rivolte alla domiciliarità, al tempo libero, nonché al raccordo sul piano metodologico delle strutture residenziali anche grazie all'esperienza della rete centri.

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI

- **Posti Letto residenziali e semiresidenziali per portatori di handicap**

Distretti	2009		2010		2011		2012		2013	
	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.	Centri Diurni	Centri Resid.
Rimini	275	148	275	148	298	182	298	183	298	183
Riccione	107	74	107	74	118	75	118	75	119	70
Totale	382	222	382	222	416	257	416	258	417	253

Per Centri Diurni si intendono le seguenti tipologie di strutture: Centro Socio Riabilitativo Diurno, CTO (Centro Terapia Occupazionale), CLP (Centro Lavoro Protetto).

Per Centri Residenziali si intendono: i Gruppi Appartamento, i Centri Socio Riabilitativi Residenziali e i nuclei per utenti classificati secondo la DGR 2068/04.

Nota bene: Dal 2011 le case famiglie convenzionate (le case - famiglia dell'Associazione Papa Giovanni XXIII e di Montetauro) sono conteggiate a parte poiché accolgono varie tipologie di utenza (multiutenza).

Nel 2013 sono presenti 14 Case Famiglia (81 p.l.) dell'Associazione Papa Giovanni XXIII nel Distretto di Rimini e 11 Case Famiglia (68 p.l.) della stessa associazione nel Distretto di Riccione. Nel Distretto di Riccione sono presenti 4 Case Famiglia della Cooperativa Montetauro (pari a 22 posti letto e 8 posti letto per urgenze).

I posti accreditati nel Distretto di Rimini nei Centri Diurni per Disabili (CSRD) sono 172 e nei Centri Residenziali per Disabili (CSRR) sono 109; nel Distretto di Riccione nei Centri Diurni per Disabili (CSRD) sono 40 e nei Centri Residenziali (CSRR) sono 34.

Al 31/12/2013 nel Distretto di Rimini sono inseriti nei Centri diurni n.228 utenti e nel Distretto di Riccione sono inseriti n. 111 utenti.

Al 31/12/13 nel Distretto di Rimini sono inseriti nei centri residenziali n.127 utenti, nel Distretto di Riccione sono inseriti n. 62 utenti.

Tale dato comprende per entrambi i Distretti anche i soggetti con gravissima disabilità classificati secondo la DGR 2068.

DOMICILIARITA', NUOVE OPPORTUNITA' ASSISTENZIALI E SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE

L'assistenza domiciliare socio assistenziale ed educativa rappresenta una delle azioni perno per il sostegno della domiciliarità. Inoltre il lavoro di cura è stato sostenuto anche attraverso l'erogazione dell'assegno di cura. A livello Aziendale nell'anno 2013 per la disabilità adulta (fisica e mentale) sono state erogate oltre 60000 ore di assistenza domiciliare (educativa e di base). E' stato inoltre utilizzato lo strumento dell'accoglienza temporanea di sollievo che ha permesso una buona programmazione condivisa con le famiglie per un totale di 28 accoglienze temporanee di sollievo.

GRAVISSIME DISABILITA' ACQUISITE ED APPLICAZIONE DELLA DGR 2068/04 E DELLA DGR 840/2008

La presa in carico delle persone con per gravissime disabilità acquisite risulta particolarmente difficoltosa per l'elevato bisogno assistenziale e spesso anche per le problematiche sanitarie complesse frequentemente connesse a tali patologie. Nella Provincia sono convenzionati 30 posti letto presso nuclei dedicati di cui 10 posti collocati nel Distretto di Rimini presso la Struttura Luce sul Mare e 20 nel Distretto di Riccione presso la Residenza Sole di Misano Adriatico. Per casi sempre classificabili secondo la DGR 2068/04 ma a minore complessità, soprattutto se anziani, sono stati effettuati inserimenti individualizzati presso RSA con adeguamento dei parametri assistenziali, cercando di favorire la vicinanza alla propria famiglia.

Si sottolinea l'importante lavoro multiprofessionale svolto dai Servizi per sostenere la domiciliarità di questa particolare tipologia di pazienti. Ciò ha consentito anche per il 2013 la gestione di un numero significativo di utenti presso il proprio domicilio anche con l'utilizzo di strumenti quali gli assegni di cura ai sensi della DGR 2068/04 e della DGR 1848/12.

Di seguito la situazione di Rimini comparata con i dati regionali:

• Gravissime disabilità acquisite: pazienti in carico per classi di età – anno 2013

	classe_eta										totale	
	0 – 17		18 – 44 anni		45 – 64 anni		65 – 74 anni		75 +			
	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%
RIMINI	3	2,80	23	21,50	38	35,51	24	22,43	19	17,76	107	100
Regione	82	6,02	279	20,48	564	41,41	295	21,66	142	10,43	1.362	100

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

• Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza – anno 2013

	Assistiti solo al domicilio	%	Assistiti solo in Assistenza residenziale	%	Assistiti al domicilio e in Assistenza residenziale (entrambe)	%	Totale assistiti	%
RIMINI	59	55,14	28	26,17	20	18,69	107	100
TOTALE	903	66,30	359	26,36	100	7,34	1.362	100

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Andamento della spesa farmaceutica convenzionata: indicatori di monitoraggio.

Il confronto dell'anno **2013**, con il 2012, ha fatto registrare per l'AUSL di Rimini una diminuzione della spesa farmaceutica netta nella misura del -3,27% attestandosi a 34.789.610,61 euro (oltre 1 milione di euro in meno rispetto alla chiusura 2012); **(Tabella 1)**.

Tabella 1 - Indicatori macro

<i>Aziende USL</i>	<i>n. RICETTE</i>	<i>Δ 13/12</i>	<i>importo LORDO</i>	<i>Δ 13/12</i>	<i>importo NETTO</i>	<i>Δ 13/12</i>
anno 2013		□		□		□
113 Rimini	2.728.551	0,92%	41.004.469,77	-3,50%	34.789.610,61	-3,27%

Fonte dati: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco della R.E.R..

Corre l'obbligo rammentare che la spesa farmaceutica netta procapite pesata per l'Ausl di Rimini è stata, relativamente all'anno 2012, pari ad euro 112,84; quella della R.E.R. di euro 132,37. Pertanto se già l'allineamento del costo per abitante dell'Ausl Rimini, con quello medio della RER, aveva rappresentato nel 2007 un traguardo importante, (considerato che solo nell'anno 2004 lo scostamento di spesa a sfavore dell'AUSL di Rimini era di circa 12 euro per abitante), il risultato ottenuto a fine 2012 ha confermato le ottime performance locali.

A rinforzo ed a progressione di tale miglioramento, si è aggiunto il dato di chiusura per **l'anno 2013**: 108,13 euro la spesa procapite pesata per l'ASL di Rimini; 125,38 euro quella della R.E.R.. A tale notevole abbattimento di spesa, sia per l'ASL di Rimini che per la R.E.R. ha contribuito, fondamentalmente, sia la scadenza brevettuale di importanti farmaci di largo impiego che il consolidamento della distribuzione diretta in dimissione e da presa in carico a seguito di visita specialistica; continua a fornire il proprio apporto, al mantenimento di una spesa farmaceutica calmierata, l'entrata in vigore della delibera di Giunta Regionale n°1190 del 04 agosto 2011 con la quale è stata prevista, con decorrenza 29 agosto 2011, l'applicazione della misura di compartecipazione alla spesa farmaceutica (ticket) da parte del cittadino a seconda della fascia del reddito di appartenenza.

Il riepilogo delle valorizzazioni e dei relativi scarti è espresso dalla **Tabella 2**.

Tabella 2 - Spesa procapite pesata

<i>Aziende USL</i>	<i>pop. residente secca al 1/1/13</i>	<i>pop. residente pesata al 1/1/13</i>	<i>spesa lorda pro capite</i>	<i>spesa netta pro capite</i>	<i>spesa netta p.c. pesata</i>	<i>spesa lorda per ricetta</i>	<i>n.ricette pro capite</i>	<i>tot. MMG e PLS al 1/1/13</i>	<i>n. ricette per medico</i>
anno 2013									
113 Rimini	335.331	321.729	122,28	103,75	108,13	15,03	8,14	281	9.710,15
Emilia-Romagna	4.471.104	4.471.104	149,72	125,38	125,38	15,74	9,51	3.723	11.424,29

Fonte dati: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco della R.E.R..

- Distribuzione diretta dei medicinali da parte della farmacia ospedaliera.**

Il risultato ottenuto nel **2013** in termini di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata è frutto di più azioni combinate e sinergiche: l'erogazione diretta e l'appropriatezza prescrittiva. Fondamentale è stato quindi il ruolo esercitato dalla Distribuzione Diretta dei farmaci avvenuta da parte della Farmacia Ospedaliera, nell'ambito di quanto previsto dalla Legge 405/2001, nonché in correlazione a quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna 896/2003 relativamente alla parte in cui prevede la fornitura diretta di farmaci ai pazienti affetti da polipatologie croniche a controllo ricorrente, poiché ha consentito la presa in carico dell'assistito da parte della struttura pubblica.

Come dimostrano i dati **2013** espressi in termini di peso percentuale della spesa farmaceutica convenzionata dell'ASL di Rimini (65,8%), sul totale della spesa farmaceutica territoriale, (quest'ultima intesa come sommatoria della spesa farmaceutica convenzionata, della spesa farmaceutica collegata alla dimissione, alla distribuzione per conto, alla presa in carico dei pazienti cronici e della spesa a seguito della erogazione di medicinali in strutture residenziali), l'ASL di Rimini si è mantenuta al di sotto della percentuale media regionale che è stata pari al 71,1%.

Una lettura sintetica e nel contempo sufficientemente particolareggiata di tale confronto, è data dalla **Tabella 3**.

Tabella 3 - Incidenza spesa farmaceutica Convenzionata sulla Territoriale

Aziende Sanitarie	Spesa Netta Convenzionata (1)	peso % su tot. SFT	Spesa Erogazione Diretta fascia A (2)				Tot. (2) D 13/1 2	Spesa Farmaceutica Territoriale (1+2)	D 13/1 2	SFT p.c. pesata	D 13/1 2
			in Dimissione	in Distribuzione Per Conto	per Presa in Carico Pazienti	in Strutture Residenziali					
ANNO 2013											
113 Rimini	34.789.610,61	65,8 %	2.759.820,33	529.882,55	14.204.907,12	553.107,76	-1,42%	52.837.328,36	- 2,65%	164,23	-3,56%
Emilia-Romagna	560.567.261,67	71,1 %	27.109.207,32	25.354.162,96	167.262.115,45	7.705.292,09	0,72%	787.998.039,48	- 3,44%	176,24	-3,70%

Fonte dati: - la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco della R.E.R.
- la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO

- Potenziamento della prescrizione dei farmaci equivalenti (medicinali scaduti di brevetto) in regime di S.S.N.**

I farmaci a brevetto scaduto (Medicinali Equivalenti) rappresentano una possibilità di curare i cittadini con appropriatezza, efficacia e sicurezza a costi contenuti, garantendo la qualità dei trattamenti terapeutici e la contemporanea liberazione di risorse da utilizzare per il miglioramento dell'assistenza e per la sostenibilità e lo sviluppo economico del Servizio Sanitario Pubblico.

Inoltre i medicinali Equivalenti, con prezzo allineato a quello definito dalla lista di trasparenza, aggiungono un beneficio ulteriore per l'utenza in termini di risparmio per la mancata corresponsione del ticket aggiuntivo che caratterizza, invece, la dispensazione di diverse specialità medicinali a base del medesimo principio attivo ancorché scaduto di brevetto.

L'incremento di utilizzo di tale categoria di farmaci rappresenta conseguentemente un obiettivo di primaria importanza per tutti i sistemi sanitari moderni.

Sono state effettuate analisi per monitorare l'andamento dei consumi dei farmaci a brevetto scaduto a confronto con la RER, soprattutto dopo i risultati più che soddisfacenti ottenuti dall'ASL

di Rimini dal 2009 al 2012. Elaborando i dati relativi al **2013**, dei cosiddetti generici puri e dei medicinali equivalenti, l'ASL di Rimini si pone per spesa percentuale e per consumi in DDD, non solo in netto incremento rispetto al 2012 ma anche nei confronti della media regionale come evidenziato nella seguente **Tabella 4**:

Tabella 4 - FARMACEUTICA CONVENZIONATA – ANNO 2012 -PERCENTUALE DI PRESCRIZIONE DI FARMACI A BREVETTO SCADUTO.

Percentuale (N° DDD) medicinali equivalenti (MMG + Specialisti).		
DICEMBRE 2012	RN	RER
LISTA DI TRASPARENZA	68,5%	66,1%
di cui GENERICO PURO	32,9%	28,7%
DICEMBRE 2013	RN	RER
LISTA DI TRASPARENZA	77,7%	75,9%
di cui GENERICO PURO	35,7%	31,2%

A ciò hanno contribuito specifiche azioni volte a favorire la promozione dei medicinali Equivalente:

- aggiornamento mensile degli archivi dei farmaci generici disponibili sul mercato: in caso di prescrizione della corrispondente specialità medicinale a costo superiore, al medico viene proposta, mediante il programma gestionale "DOCTOR", la possibilità di ricettare un farmaco equivalente con prezzo di riferimento e pertanto più vantaggioso per il SSN.
- diversa colorazione sull'applicativo "DOCTOR" dei farmaci a brevetto scaduto rispetto a quelli coperti di brevetto.
- trasmissione mensile alle farmacie degli elenchi aggiornati con i nuovi inserimenti e le variazioni dei medicinali Equivalenti reperibili in commercio, al fine di proporre, al farmacista del territorio, uno strumento operativo e facilitatore per gli interventi di sostituzione del farmaco (a parità di principio attivo) da porre in atto al momento della presentazione della ricetta da parte dell'assistito.
- inserimento nell'accordo attuativo locale tra MMG ed Azienda USL di Rimini sia per l'anno 2012 che per il 2013 di uno specifico obiettivo di incremento del consumo dei farmaci a brevetto scaduto sul totale dei farmaci prescritti.
- Sviluppo, produzione e caricamento sul Portale del MMG di una reportistica mensile per singolo prescrittore con aggiornamento della % di consumo dei medicinali equivalenti al mese di riferimento e predisposizione di una tabella orientativa con indicazione sia dei primi 5 principi attivi coperti da brevetto prescritti dal medico con possibile shift prescrittivo verso molecole afferenti alla stessa categoria terapeutica ma a brevetto scaduto, che dei primi 5 principi attivi a brevetto scaduto prescritti dal medico con % inferiore rispetto alla media di categoria.
- nell'ambito degli interventi programmati **2013** all'interno dei Nuclei di Cure Primarie il Farmacista Facilitatore Aziendale ha ampiamente analizzato i vantaggi della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto rispetto ai congeneri griffati, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva che prevede, tra l'altro, a parità di efficacia e sicurezza del paziente, l'utilizzo del trattamento terapeutico a costo inferiore.

- **Governo clinico e utilizzo di farmaci soggetti a note AIFA; verifica medici iperprescrittori.**

Uno dei principi fondamentali del governo clinico è l'appropriatezza prescrittiva.

L'analisi della variabilità prescrittiva tra Medico e Medico e tra Nuclei di Cure Primarie è una attività essenziale al fine di evidenziare eventuali usi distorti od incoerenti di farmaci.

La materia dell'appropriatezza di utilizzo dei farmaci si pone sia in termini formali che sostanziali e si sviluppa in direzioni diverse che vanno dall'adesione alle indicazioni delle Note AIFA (nn° 1-13-48-66-79) e dei Piani Terapeutici, alle pluriprescrizioni a favore dei soggetti esenti per patologia, alle prescrizioni off-label (fuori indicazioni autorizzate dal Ministero della Salute), alle prescrizioni di farmaci in classe "C" agli invalidi di Guerra ed assimilati.

In particolare sono stati effettuati nel corso del **2013** i controlli sui farmaci prescritti nel 2012 ed assoggettati a Note AIFA.

Si è effettuato un primo controllo incrociato consultando la reportistica on line al fine di evidenziare, sulla base di criteri statistici, i medici di M.G. iperprescrittori ovvero coloro che si discostano, di 1 o più deviazioni standard, per l'indicatore "Costo Medio Assistibile Pesato", dalla media di categoria.

A riprova è stato svolto un ulteriore controllo incrociato con i Tabulati trimestrali ATC per medico verificando gli scostamenti per gli indicatori DDD/1000/AB/DIE e EURO/AB/ANNO del singolo rispetto alla categoria.

Si è provveduto a compilare una griglia con i nominativi dei medici da monitorare per le prescrizioni soggette alle note AIFA individuate come criticità: per ogni singolo medico si è poi provveduto ad elaborare tutte le prescrizioni, concentrandosi sulle prescrizioni rilasciate ai residenti nell'ambito dell'AUSL 113.

Individuati gli assistiti per le criticità di alcune prescrizioni ricevute, si è provveduto a richiamare tutte le prescrizioni di farmaci in capo all'assistito ricevute nel periodo in esame anche da altri medici, al fine di completare l'analisi ed esaminarle nel dettaglio in termini di pezzi – dosi – politerapie in atto ecc.. Si è costruito, infine, un tabulato ad hoc per il medico in cui sono stati riportati per alcuni assistiti i dati relativi alla prescrizione. Per essi il medico è stato successivamente invitato a produrre, formalmente, le relative informazioni cliniche al fine di valutare se la prescrizione con oneri in carico al SSN era avvenuta in conformità alle indicazioni delle Note AIFA di riferimento.

L'analisi della documentazione clinica inoltrata dal medico ed acquisita agli atti d'ufficio è stata valutata dal Farmacista della U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale di concerto con il referente medico del Dipartimento delle Cure Primarie di RN e RC.

Poiché dal suddetto esame è emersa la necessità di chiarimenti per alcune prescrizioni, si è provveduto, successivamente, a convocare in data e orario concordato il MdMG verbalizzando le anomalie riscontrate e acquisendo le giustificazioni del Medico.

Con nota del Direttore Sanitario dell'ASL di Rimini Prot. Gen. n°0131886/14-11.04.01 del 31.12.2012 sono stati trasmessi, riassumendone i contenuti, gli esiti dei controlli al Ministero della Salute ed alla R.E.R.

Coerentemente con quanto richiamato in premessa altre analisi sono state condotte sui farmaci prescritti Off-Label la cui spesa non è da riconoscersi a carico del S.S.N.; sui Piani Terapeutici, in particolare quelli riferiti ai N.A.O. (Nuovi Anticoagulanti Orali) le cui ricette vengono evase dalle farmacie aperte al pubblico del territorio a partire dalla fine del mese di Settembre 2013 e sulle mancate correlazioni tra esenzione per patologia in possesso dell'assistito e farmaci prescritti.

- **Formazione – Informazione: incontri del Farmacista Aziendale sull'appropriatezza prescrittiva, area farmacologia, presso i Nuclei di Cure Primarie.**

La necessità di mantenere attivo un percorso di appropriatezza, tipico per ogni gruppo ATC di farmaci, specialmente per quelli di maggior impatto per consumi e per spesa, è diventato oramai un obiettivo ineludibile. Forti anche dei risultati raggiunti negli anni precedenti, il contesto economico del paese è tale che la pressione in termini di governo clinico bene si adatta al contesto farmaceutico locale ove per la sola ASL di Rimini, il SSR finanzia annualmente circa 35 milioni di euro per assicurare l'assistenza convenzionata alla popolazione e ben 53 milioni di euro per assicurare quella territoriale.

Basti ricordare, uno su tutti tra i gruppi ATC e cioè quello dei Sartani dove, a fronte di una politica condotta rigorosamente si è passati da un aggravio di spesa di oltre 1,3 milioni di euro nel 2007 rispetto al dato medio regionale (rapportato alla popolazione pesata), ad un totale allineamento economico a fine **2012** ed ad risparmio di circa 300.000 euro a fine **2013**. Il drastico abbattimento di spesa, si spiega sulla base di interventi mirati e continui portati all'interno dei Nuclei di Cure Primarie dove il Farmacista Facilitatore della U.O. Farmaceutica Territoriale ha fornito indicazioni riguardo a trials clinici ed a Linee Guida, con il compito di individuare in ambito terapeutico i farmaci di prima scelta aventi rapporto costo efficacia, a parità di sicurezza, ottimali.

Tuttavia non ci si è limitati alla trattazione solo del gruppo dei Sartani, come farmaci antipertensivi, ma anche di altre Classi ATC quali Inibitori della Pompa Protonica, Ipocolesterolemizzanti e Antidepressivi SSRI. Al proposito si sottolinea che, relativamente alle Statine, l'ASL di Rimini con il dato cumulativo di **Gennaio-Dicembre 2013** ha sostanzialmente, rispetto all'anno precedente, un incremento del consumo di farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe pari a 2,6 punti% attestandosi ad una % pari al 83,4% rispetto ad una media regionale del 82,5%, e ciò coerentemente con le linee di indirizzo della R.E.R. stessa.

- **Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica Ospedaliera**

L'andamento della spesa Farmaceutica Ospedaliera, che comprende, alla voce Medicinali, l'utilizzo di farmaci per l'assistenza ospedaliera e per l'erogazione diretta dei farmaci di fascia "A" vede : una spesa pari al 4,8% rispetto alla media regionale del 5,5% per la spesa Ospedaliera comprendente consumi interni e Distribuzione Diretta ex OSP2;

per la spesa Distribuzione Diretta e Distribuzione Per Conto vede un decremento pari allo -0,1% rispetto alla media regionale dello -0,5%; i dati sono confrontati all'anno 2013.

L'attività del 2013 è stata avviata con il percorso di concertazione dei Budget dei Dipartimenti Aziendali per la parte che riguarda la procedura della gestione del budget farmaceutico.

L'obiettivo per i Direttori di Dipartimento e Direttori di Unità Operative è stato indicato nel "Mantenimento dei livelli di consumo entro i limiti delle risorse concordate per i principali beni sanitari".

Naturalmente l'inserimento di farmaci nuovi e il loro utilizzo segue costantemente il vincolo del Prontuario Terapeutico Regionale.

In ottemperanza alle disposizioni regionali è diventato vincolante l'adeguamento alle Linee Guida terapeutiche e Raccomandazioni elaborate da gruppi di lavoro per aree cliniche:

onco-ematologia

reumatologia (artrite Reumatoide e artrite Psoriasica)

oculistica (Trattamento della DMLE)

dermatologia (artrite Psoriasica e psoriasi a placche)

epatologia (antivirali)

neurologia (sclerosi multipla)

pediatria/endocrinologia

diabetologia

Particolare attenzione rispetto alle indicazioni d'uso viene volta ai farmaci ad alto costo e a quelli innovativi seguendo i documenti regionali di indirizzo rispetto ai parametri di appropriatezza indicati in tali documenti, per questi, rispetto all'incidenza della malattia sono stati stabiliti budget di consumi per categoria specialistica:

Il consumo dei farmaci biotecnologici in base ai dati AFO risulta più basso rispetto alla media regionale.

Riguardo alla appropriatezza e al monitoraggio dei farmaci biologici continuano ad essere attivi la gestione e l'aggiornamento di specifici data base delle prescrizioni e/o Piani Terapeutici ai fini di un attento monitoraggio d'uso di tali farmaci che prevede la verifica e la valutazione delle indicazioni d'uso, delle relative posologie e della durata dei trattamenti nell'ambito dell'Area Specialistica di riferimento (dermatologica, reumatologica, gastroenterologica):

- Farmaci psoriasi

Verifica appropriatezza piani terapeutici e continuo aggiornamento database di Farmacia.

- Farmaci per artrite reumatoide

Sono pervenuti gli esiti del monitoraggio retrospettivo di adesione alle LLGG terapeutiche per l'artrite reumatoide (periodo luglio 2011-marzo 2012) che confermano una piena conformità alle raccomandazioni previste.

- Farmaci per epatite B e C

Vengono pienamente rispettate le raccomandazioni d'uso farmaci epatite B. Consolidato il percorso di erogazione di questi farmaci dagli ambulatori di Distribuzione Diretta della Farmacia Interna.

Con i centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci per il trattamento della epatite C, sono state programmate le nuove terapie orali nel pieno rispetto delle indicazioni regionali. I pazienti arruolati (al momento 6) hanno iniziato il trattamento con boceprevir o telaprevir a settembre 2013

- Farmaci neurologici

Per quanto riguarda la sclerosi multipla ed in particolare il trattamento con i farmaci natalizumab e Fingolimod, le richieste e l'erogazione avvengono nelle condizioni previste da AIFA e dei monitoraggi previsti dalla regione.

Con la nuova aggiudicazione di gara Intercenter/AVR la riduzione del prezzo di IFN beta 1B ha fatto privilegiare il suo consumo rispetto a IFN beta 1A e Glatiramer.

- Farmaci oculistici

Sono in terapia pazienti in trattamento con bevacizumab secondo le indicazioni regionali; solo pochi pazienti naive sono stati messi in terapia pazienti con ranibizumab per le indicazioni AIFA. L'utilizzo è monitorato attraverso un database.

Nell'ambito dei farmaci orfani per malattie rare è entrato in scena l'eculizumab, per 2 pazienti: una affetta da Emoglobinuria Parossistica Notturna, l'altra da Sindrome Emolitica Uremica. Il farmaco ha comportato un innalzamento della spesa non programmabile ed è stato utilizzato nel rispetto della normativa (Legge 648/96) e dei criteri previsti secondo il registro monitoraggio AIFA a cui è soggetto.

- PPI, statine, inibitori 5-alfa reduttasi

Nell'ambito delle attività del Gruppo di Lavoro aziendale per l'appropriatezza prescrittiva, è stato pubblicato e diffuso ad Aprile 2013 il Quaderno ASRI "Linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito di classi terapeutiche critiche"; contestualmente sono state avviate le azioni di re-audit dell'utilizzo dei PPI nelle UU.OO. interessate.

Nell'ambito delle categorie critiche, è stato rilevato un incremento della quota % di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale per classe terapeutica:

- Statine: quota % di farmaci a brevetto scaduto 89% (dato provvisorio) vs 73% (anno 2012)
- Inibitori 5-alfareduttasi: quota % di farmaci a brevetto scaduto 50% (dato provvisorio) vs 44% (anno 2012)

- Emoderivati

La CF AVR ha aggiornato le indicazioni d'uso di albumina ed elaborato un nuovo modello di RMP, valido per tutte le Aziende di AVR, con lo scopo di uniformare gli atteggiamenti prescrittivi in considerazione dei consumi rilevanti, della limitata disponibilità e dell'elevato costo di questo emoderivato. L'impiego di albumina sarà oggetto di periodico monitoraggio da parte della U.O. Farmacia al fine di evidenziare eventuali scostamenti rispetto alle nuove indicazioni d'uso.

A luglio 2013 è entrato in uso il nuovo modulo di richiesta, approvato dalla CFAVR, con indicazioni di trattamento più restrittive rispetto al precedente, il risultato è di un decremento dei consumi e quindi un utilizzo maggiormente appropriato; media mensile di consumo primo semestre 2013: n° flaconi 1.041 , secondo semestre 2013: n° flaconi 899

E' stato diffuso ai professionisti interessati il documento "Immunoglobuline e plasmaferesi in ambito neurologico e reumatologico" a cura di un gruppo di lavoro di Area Vasta Romagna che trova applicazione in patologie neurologiche e reumatologiche e rappresenta uno strumento per migliorare l'appropriatezza di utilizzo e contenere gli sforamenti di budget che l'uso di tali emoderivati può comportare.

- Epoetine

Nella nuova gara Intercenter/AVR sono stati aggiudicati i biosimilari delle eritropoietine, epoetina zeta ed epoetina teta, il cui utilizzo è iniziato a giugno 2013 e che costituiscono una importante forma di risparmio che verrà valutata alla fine del 2013.

Nell'ambito del progetto regionale *Sicurezza nella Terapia Farmacologica:* implementazione della Raccomandazione Regionale Ricognizione-Riconciliazione premessa alla prescrizione sono stati sperimentati una "Scheda personale di terapia farmacologica" ed interventi formativi ed informativi finalizzati ad una più sicura gestione della terapia;

Sono stati elaborati i seguenti documenti:

1. "scheda personale di terapia farmacologica" in cui registrare tutti i farmaci e altro (fitoterapici, omeopatici ecc....) assunti dal paziente; tale scheda ha lo scopo di facilitare la persona stessa o chi l'assiste nella gestione della terapia e migliorare la conoscenza dei trattamenti farmacologici in corso da parte dei professionisti sanitari con i quali la persona viene in contatto, per ragioni di tutela della propria salute.
2. Questionari sulla Raccomandazione Regionale per la sicurezza della Terapia Farmacologica n 2 "processo di Ricognizione e di Riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura": elaborati e distribuiti a livello capillare nelle singole aziende della regione (Aree Mediche ambulatori per la valutazione pre-operatoria, ostetricia e dipartimento di salute mentale), al fine di acquisire informazioni in merito alla diffusione e applicazione della raccomandazione stessa.

Per agevolare la compilazione dei questionari ed implementare la diffusione della raccomandazione stessa, si sono svolte a livello dipartimentale (Cardiovascolare. Emergenza-Urgenza, Materno Infantile e CSM) le relative presentazioni.

IL progetto di realizzazione del Laboratorio di Allestimento delle Terapie Antiblastiche è stato quasi completato, manca la presa in carico di alcune terapie del DH oncologico di Novafeltria e della Ematologia degenze. E della oncoematologia pediatrica.

Gli allestimenti realizzati dal laboratorio, nell'anno 2012, risultano essere **25.022** (di cui 339 sperimentali); naturalmente all'interno della rete oncologica è vincolante la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi, il monitoraggio dell'uso dei protocolli di trattamento, di modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati.

Per quanto riguarda la gestione dei rimborsi AIFA, a febbraio 2013 si è chiuso il progetto regionale *Recupero economico dei rimborsi correlati al Registro Onco-AIFA*. Nel complesso, il progetto è stato svolto nei tempi previsti e l'impegno richiesto è stato in linea con le previsioni. La formazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e l'adozione del nuovo modello operativo hanno sicuramente contribuito ad incrementare la compliance da parte del clinico e una maggiore attenzione verso la corretta gestione del Registro.

Tutti gli indicatori mostrano un trend di miglioramento, a questo proposito, va considerato che:

a) l'obiettivo del 100% per quanto riguarda la percentuale di chiusura delle schede e di invio delle richieste di rimborso, pur essendo auspicabile in linea teorica, è difficilmente raggiungibile dal punto di vista pratico, sia per motivi organizzativi sia per criticità legate al sistema (es. richieste sospese per e-query non evase, gestione delle password).

b) la percentuale di richieste accettate dall'industria risente necessariamente di eventuali ritardi nella presa in carico delle richieste e dei relativi rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche.

L'attuale blocco del sistema informativo AIFA rende poco plausibile il raggiungimento dell'obiettivo entro i limiti prefissati.

Sull'attività di Farmacovigilanza e stato avviato il progetto: "Sviluppo di una Rete Regionale integrata di Farmacovigilanza finalizzata a migliorare la sicurezza del paziente oncologico"

Il progetto, di durata biennale, è stato avviato il 09/11/2011. Esso vede coinvolti i Farmacisti Ospedalieri, l'Ufficio di Farmacovigilanza e il Laboratorio per l'allestimento delle terapie antiblastiche dell'Azienda U.S.L. di Rimini.

Il farmacista referente operativo di progetto ha effettuato periodicamente nel 2013, 35 visite presso le UU.OO. di Oncologia ed Ematologia del Presidio Ospedaliero di Rimini per ricordare ai clinici l'importanza della segnalazione e supportarli nel percorso della compilazione delle schede dei casi clinici più rilevanti. Lo stesso farmacista ha supportato, mediante contatto telefonico, anche i clinici oncologi ed ematologi operanti presso i Presidi Ospedalieri di Cattolica e Novafeltria.

Si è indagato quali e quanti pazienti dopo

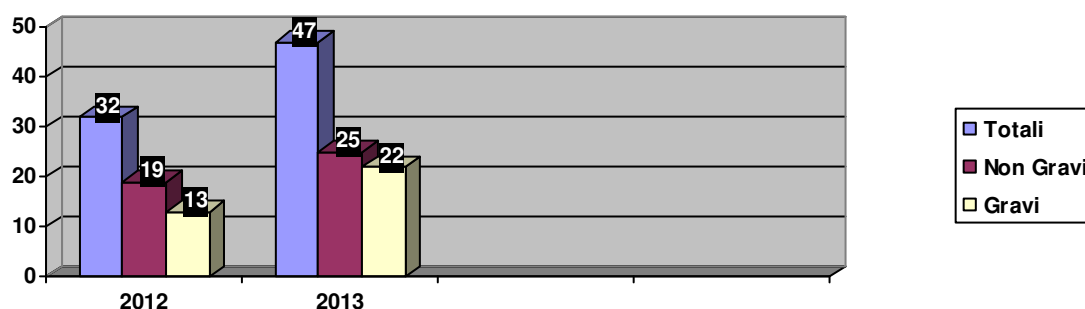
60 giorni dall'inizio della terapia, l'avevano interrotta e perché:

- i pazienti che hanno interrotto il trattamento per interventi chirurgici;
- i pazienti che non si sono presentati alla terapia;
- i pazienti per i quali è stata programmata radioterapia;
- i pazienti che hanno proseguito la terapia presso altri centri di cura.

Con tali dati a disposizione, per avere un risultato coerente, il farmacista referente operativo ha esplorato sul sistema informatico singolarmente tutti i pazienti.

Questo procedimento ha permesso al farmacista di individuare e sottoporre all'attenzione dei clinici oncologi ed ematologi, diversi casi di sospetta reazione avversa.

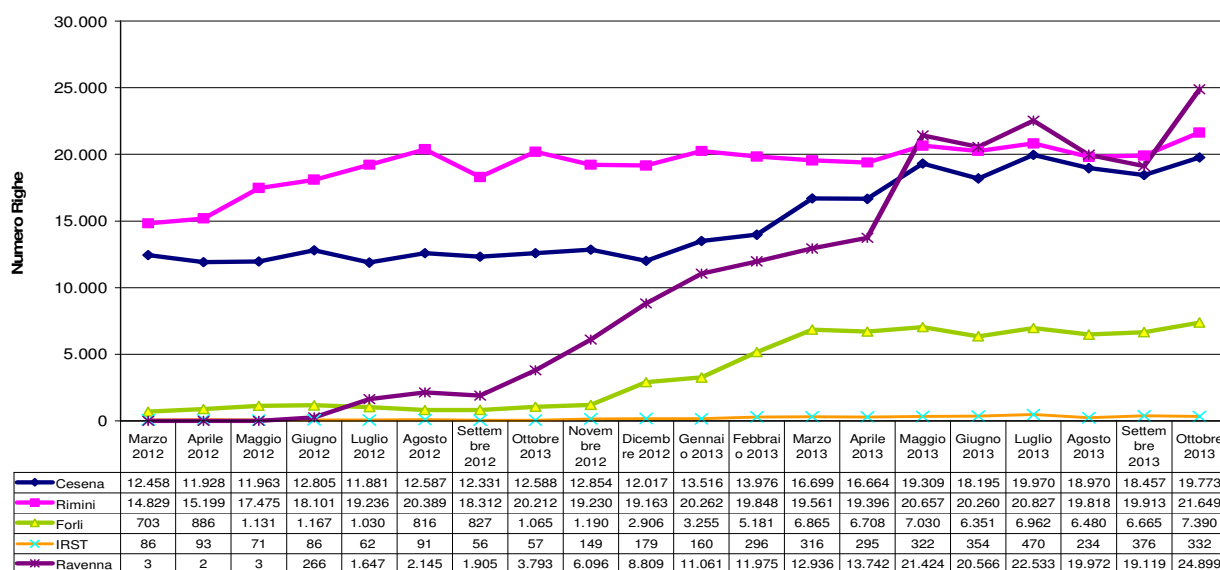
Analisi delle segnalazioni relative a farmaci antitumorali pervenute all'Ufficio di Farmacovigilanza negli anni 2012 e 2013

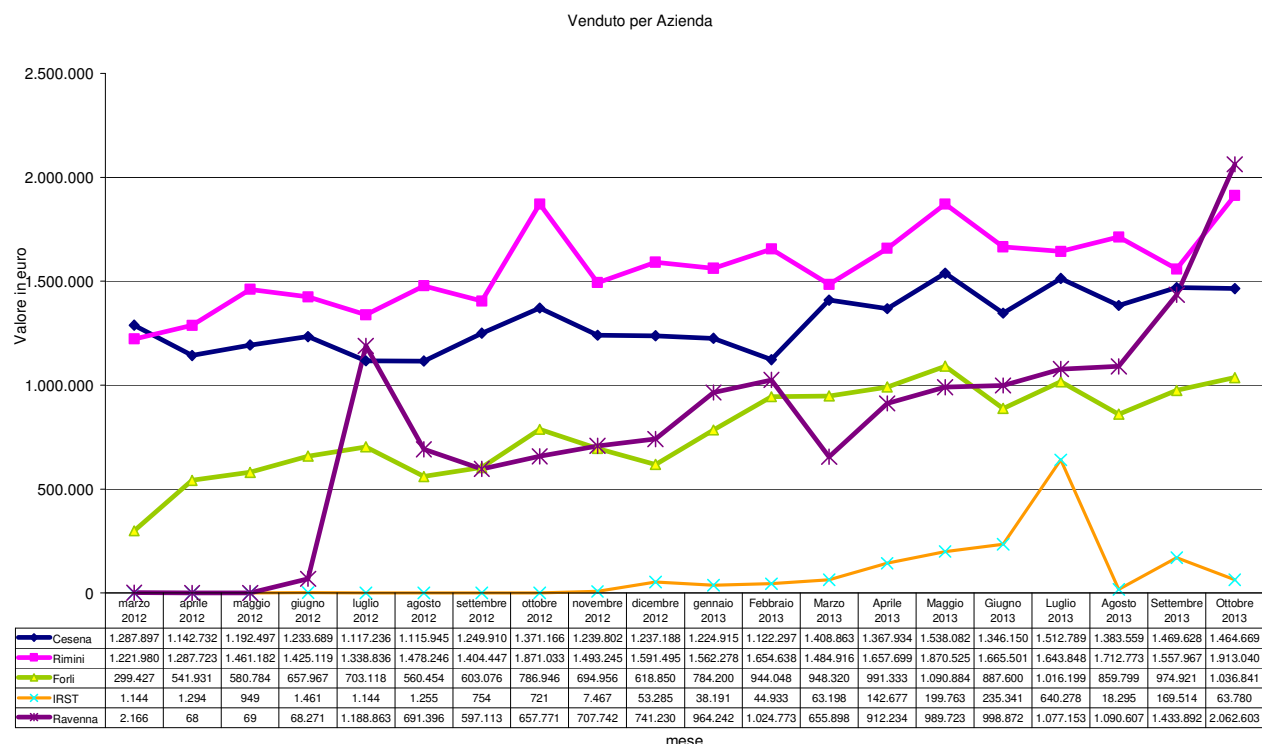


AREA VASTA ROMAGNA

E' stata trasferita nel magazzino Centralizzato di Pievesestina l'acquisizione di tutti i farmaci esclusi quelli a temperatura non controllata e gli oncologici iniettabili, non sono disponibili dal magazzino di Pievesestina i Dispositivi medici; tutte le UU.OO. e servizi ospedalieri e territoriali sono stati attivati con una richiesta informatizzata on-line e riforniti direttamente dal magazzino centralizzato. Tutti i reparti sono stati dotati di un armadio farmaceutico informatizzato che ha permesso di tenere controllata la scorta e il riordino dei farmaci.

Grafico Righe





I grafici riportano l'attività nell'anno e i confronti con le Aziende di AVR.

Come per i farmaci anche per i Dispositivi Medici vengono monitorati i consumi e relativi costi, in modo particolare per quelli innovativi ed a alto costo. Per l'utilizzo di nuovi prodotti è indispensabile l'approvazione della CADM. Con regolarità viene implementato il flusso DIME e le anagrafiche sono in linea con le indicazioni regionali. E' completato il repertorio e nel 2013 sarà pubblicato sul sito dell'Azienda.

Da Giugno 2013 è attiva la Commissione dei Dispositivi Medici di AVR.

DISPOSITIVI MEDICI

La Regione, in applicazione alle indicazioni del Ministero della Salute, ha recentemente definito il "Sistema dei Dispositivi Medici" al fine di sviluppare un sistema omogeneo e coerente per monitorare i consumi, la spesa, la vigilanza, l'appropriatezza d'uso. Un dirigente del Servizio di Farmacia Ospedaliera è componente del "Gruppo Regionale dei Dispositivi Medici", istituito con determina n. 007730 del 2 Luglio 2008, con la finalità di:

- favorire omogenee modalità di adozione della CND da parte delle Aziende Sanitarie;
- supportare le Aziende nell'attività di aggiornamento degli archivi;
- verificare la congruità dei dati trasmessi dalle Aziende circa i prezzi di acquisto.

Lo stesso componente della CRDM è stato nominato come referente della dispositivovigilanza Aziendale

A livello locale si è provveduto ad inserire nelle anagrafiche dei D.M. il codice di Classificazione Nazionale (CND) e a trasmettere i dati di acquisto secondo un tracciato definito dal Gruppo Regionale D.M. (Flusso DIME) che alla data odierna si può definire essere a regime.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa

Lo scenario sulla assistenza specialistica viene rappresentato attraverso due serie diverse di indicatori che abbracciano un arco temporale di 3 anni:

- una prima serie concerne il consumo di prestazioni, sostanzialmente rappresentato dall'indice di consumo standardizzato, indicatore che consente di confrontare i livelli di consumo locale con quello regionale. Tal indicatore è più compiutamente definito come segue: L'INDICE DI CONSUMO STANDARDIZZATO si definisce come il numero di prestazioni consumate dai residenti dell'Azienda territoriale in una qualunque Azienda Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, al netto della diversa composizione per età, rapportato poi a 1.000 abitanti residenti. L'indice inoltre tiene conto della mobilità passiva extraregionale, riferita all'anno precedente quello di riferimento. Assieme all'indice di consumo standardizzato, le tabelle che seguono rappresentano anche l'indice di fuga, che ci indica se una data popolazione si rivolge per l'assistenza ambulatoriale ad una azienda e/o distretto diversi da quelli di residenza (dati espressi in termini percentuali).
- Una seconda serie concerne gli indicatori utili a rappresentare l'andamento dei tempi di attesa, sostanzialmente attraverso valori percentuali, progressivamente cumulativi, che consentono di valutare quante delle prestazioni consumate siano state erogate entro determinati range temporali pre-definiti.

Considerata la molteplicità delle tipologie di prestazioni erogabili, al fine di favorire una comprensione più agevole dei dati, le due tipologie di indicatori vengono forniti per "raggruppamenti" di prestazioni (macro-aggregazioni omogenee) e precisamente per: prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, di laboratorio, visite. Tali raggruppamenti di prestazioni vengono mantenuti sia per gli indici di consumo che per gli indicatori relativi ai tempi di attesa.

1) IL CONSUMO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Indice di consumo standardizzato per età – Totale senza laboratorio (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	2.882	9,30	16,81	2.739	6,76	15,01	2.858	6,66	14,85
Riccione	3.300	7,71	38,92	2.952	4,03	37,10	3.094	4,05	36,29
Azienda	3.023	8,72	24,92	2.811	5,80	22,83	2.937	5,74	22,43
Regione	3.940	8,72	30,45	3.557	5,59	28,71	3.531	5,74	29,40

L'indice di consumo riferito alla generalità delle prestazioni specialistiche mostra che la popolazione della provincia di Rimini consuma tendenzialmente meno rispetto a quella regionale; tale andamento risulta in lieve aumento per l'anno 2013, seppure il valore rimanga ben al di sotto del consumo regionale.

Rimane in ogni caso la tendenza a maggiori consumi di prestazioni da parte dei residenti nel distretto di Riccione rispetto a quello di Rimini, anche se sempre con valori del tasso inferiori a quelli corrispondenti regionali.

L'indice di fuga aziendale mostra una tendenza alla diminuzione mostrando un sostanziale allineamento ai valori regionali nell'intero triennio; lo stesso indice, a livello distrettuale seppure confermi questa tendenza alla diminuzione mostra come, nel distretto di Riccione, i valori siano più elevati rispetto a quelli del distretto di Rimini, fenomeno con tutta probabilità legato alle diverse vocazioni specialistiche presenti nei punti erogativi aziendali.

Tali considerazioni evidentemente molto generali in quanto basate sulla generalità delle prestazioni, possono essere meglio approfondite esaminando l'andamento di questi indicatori all'interno di singoli raggruppamenti prestazionali che riportiamo di seguito.

Indice di consumo standardizzato per età e percentuali di fuga extraziendale diagnostica (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	1.352	7,62	14,80	1.203	8,21	16,04	1.243	5,69	13,19
Riccione	1.520	6,80	40,80	1.305	7,59	40,89	1.330	3,58	40,31
Azienda	1.408	7,32	24,24	1.237	7,99	24,88	1.272	4,95	22,71
Regione	1.526	9,53	33,37	1.465	9,71	33,81	1.398	5,25	31,08

Indice di consumo standardizzato per età e percentuali di fuga extraziendale visite ambulatoriali (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	1.086	10,09	17,23	1.133	9,51	17,74	1.111	7,56	16,66
Riccione	1.191	8,46	37,66	1.199	8,43	39,67	1.185	4,62	33,68
Azienda	1.121	9,51	24,32	1.155	9,14	25,40	1.136	6,53	22,61
Regione	1.479	8,33	29,32	1.356	8,91	30,69	1.288	6,33	29,39

Il trend degli indici di consumo per prestazioni diagnostiche nel triennio 2011-2013

Nel 2013 sono state consumate dai residenti della azienda USL di Rimini 1.272 prestazioni diagnostiche ogni 1.000 abitanti, seguendo un trend in decremento cominciato negli anni precedenti ora verso la stabilizzazione.

Il decremento dei consumi è presente anche al livello regionale, anche se si segnala come l'azienda si mantenga su livelli di consumo inferiori.

Gli indici di fuga distrettuali, sostanzialmente stabili tra il 2011 ed il 2012 e in ulteriore calo nel 2013, si mantengono a livelli inferiori rispetto al dato regionale.

Il trend degli indici di consumo per visite nel triennio 2011-2013

Continua il trend del consumo di visite in lieve decremento; la tendenza al decremento è presente anche a livello regionale ma il livello di consumo permane a livelli superiori a quelli aziendali, analogamente a quanto osservato per le prestazioni diagnostiche.

Pur mantenendosi la tendenza a maggiori consumi nel distretto di Riccione rispetto a quello di Rimini, va segnata comunque la tendenza ad un rientro di tale fenomeno nel tempo, diminuendo progressivamente le differenze nei due ambiti distrettuali. Gli indici di fuga, aziendali e distrettuali, osservano una tendenza alla diminuzione.

Si può affermare che l'andamento complessivo depone per una sostanziale tenuta dei livelli di consumo di visite e di diagnostica, con un trend progressivamente in decremento e/o in stabilità, mantenendosi altresì inalterata in questo territorio la caratteristica di minor propensione ai consumi rispetto alla media regionale; va infine segnalato che la tendenza all'interno dell'azienda di una maggior relativa propensione al consumo di prestazioni e visite nel distretto di Riccione rispetto a quello di Rimini sta lentamente ma progressivamente scemando ed i valori nei due distretti sono oggi molto più allineati.

Indice di consumo standardizzato per età e percentuali di fuga extraaziendale prestazioni di laboratorio (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	7.213	6,17	12,52	5.206	8,01	14,85	4.153	6,45	15,53
Riccione	9.499	5,55	16,92	7.314	7,22	11,60	7.118	2,41	6,17
Azienda	7.982	5,92	14,28	5.917	7,68	13,49	5.149	4,57	11,18
Regione	11.087	4,59	29,46	10.753	4,79	30,35	10.044	2,94	29,35

Il consumo di prestazioni di laboratorio rimane nella nostra azienda largamente al di sotto dei valori di consumo regionale e va segnalato che nel 2012 si è assistito a un ulteriore e sostanziale decremento dei valori in entrambi i distretti rispetto all'anno precedente, dato confermato anche nel 2013.

Le strategie messe in campo da alcuni anni sull'appropriatezza prescrittiva, con L.L.G.G. condivise e vincoli informatici hanno continuato a contribuire al ridimensionamento del consumo degli esami di laboratorio.

I valori di fuga extra aziendale rimangono al di sopra della media regionale, con un contributo maggiore in questo caso per distretto di Rimini mentre l'andamento della fuga distrettuale si pone costantemente al di sotto dei valori di confronto regionale.

Indice di consumo standardizzato per età e percentuali di fuga extraaziendale prestazioni riabilitative (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	212	3,61	13,78	227	4,10	11,90	278	2,55	8,47
Riccione	324	2,82	24,17	300	3,31	21,53	341	1,16	22,51
Azienda	250	3,26	18,34	252	3,78	15,79	300	2,02	13,87
Regione	437	4,28	17,67	413	4,53	18,14	404	3,02	17,00

Mentre a livello regionale si osserva un progressivo ridimensionamento del consumo per tale tipologia di prestazioni, nell'Ausl di Rimini si osserva un lieve aumento nell'anno 2013 pur mantenendosi al di sotto di valori regionali. I maggiori consumi si osservano nel distretto di Riccione seppure l'indice rimanga, anche qui, sempre al di sotto del valore regionale.

Gli indici di fuga aziendali e distrettuali mantengono nel triennio un trend orientato alla diminuzione, trend osservabile anche al livello regionale che rimane però a livello di consumo superiore rispetto a quello aziendale.

Indice di consumo standardizzato per età e percentuali di fuga extraaziendale prestazioni terapeutiche (esclusi pronto soccorso ed OBI) * 1000 abitanti

	2011			2012			2013		
	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le	Consumo standard.	% fuga azienda	% fuga distrett.le
Rimini	231	20,24	28,92	239	14,03	22,76	225	12,79	23,21
Riccione	262	15,00	51,71	276	13,98	54,84	238	8,10	46,91
Azienda	242	18,34	37,19	251	14,01	34,59	229	11,17	31,43
Regione	475	11,04	36,12	457	11,02	36,79	441	8,07	35,47

Il trend di consumo aziendale è altalenante nel triennio 2011-13 ma, si può affermare una tendenza alla diminuzione, considerato il valore dell'anno 2013.

Gli indici di fuga aziendali mostrano valori più elevati rispetto a quelli regionali ma nel 2011 si inizia a notare una inversione di tendenza nel senso che la percentuale di fuga extra aziendale pur rimanendo ancora al di sopra dei valori regionali, mostra livelli significativamente inferiori a quello dell'anno precedente; ciò a significare che nel 2013, oltre che in presenza di tassi di consumo inferiori, i cittadini hanno maggiormente usufruito di queste prestazioni all'interno di strutture dell'azienda.

2) Tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali

Nel 2006 la Regione Emilia-Romagna, con Delibera di Giunta, ha approvato il programma regionale per il contenimento dei tempi d'attesa per mezzo del quale sono state recepite le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni in materia e sono state definite strategie e modalità organizzativo-gestionali di indirizzo per le aziende al fine di revisionare e modernizzare il sistema di governo della assistenza specialistica, agendo su tre cardini principali: sistema dell'accesso, miglioramento della appropriatezza, definizione di piani di produzione.

A tale atto regionale ha fatto poi seguito una serie di indirizzi aggiornati, l'ultimo dei quali è un ulteriore documento di programmazione adottato con DGR n° 925/2011 e cioè il programma regionale di contenimento dei tempi di attesa per il periodo 2010-2012.

L'Azienda USL di Rimini ha recepito tali ultime indicazioni regionali dotandosi, nel settembre 2011, di un nuovo Piano Aziendale di contenimento dei tempi di attesa di pari valenza temporale, che focalizza l'attenzione in particolare sul tema dell'appropriatezza declinandola con azioni specifiche orientate alla appropriatezza prescrittiva, organizzativa, erogativa. In ogni caso, anche il nuovo piano aziendale mantiene un impianto relativo al monitoraggio dei tempi di attesa che si avvale, tra gli altri, anche di un sistema regionale comune a tutte le aziende, avente per oggetto alcune selezionate tipologie di prestazioni di largo utilizzo rientranti altresì anche in specifico accordo Stato-Regioni.

Tale sistema, comune ed univoco di monitoraggio, viene utilizzato per rilevare i tempi di attesa in termini "prospettici" e ciò si ottiene tramite rilevazioni periodiche trimestrali effettuate su di una "settimana indice; tra i diversi indicatori ricavabili da questo tipo di monitoraggio vi è l'indice di performance prospettico delle prestazioni, che possiamo definire come un indicatore sintetico che consente alle aziende di avere, in corso d'opera, le più significative indicazioni di tendenza sull'andamento dei tempi di attesa ex ante, al fine di valutare se mettere in campo azioni di contrasto.

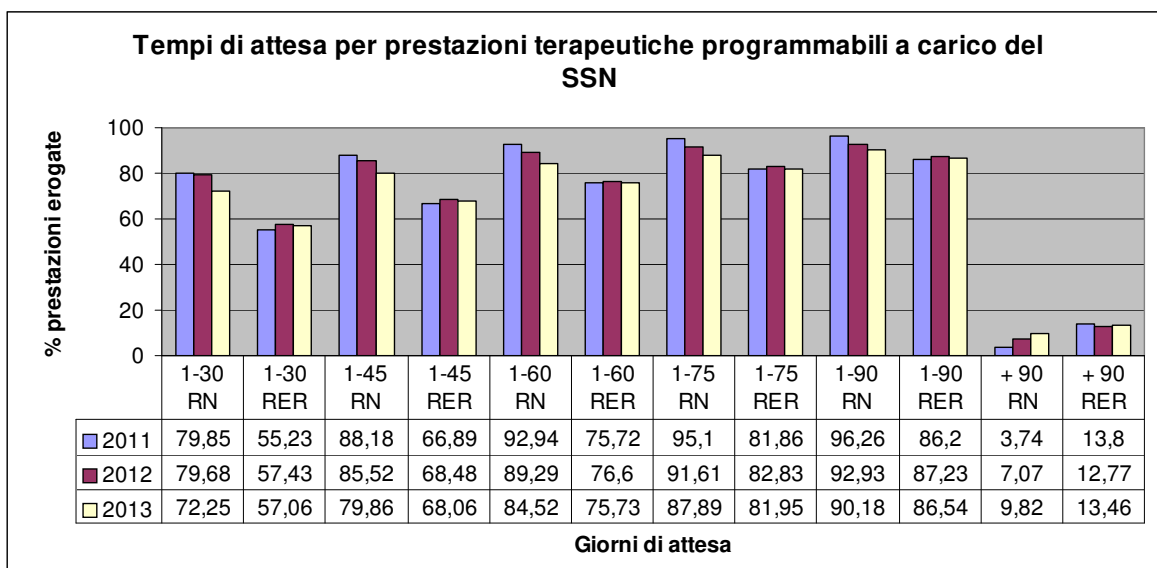
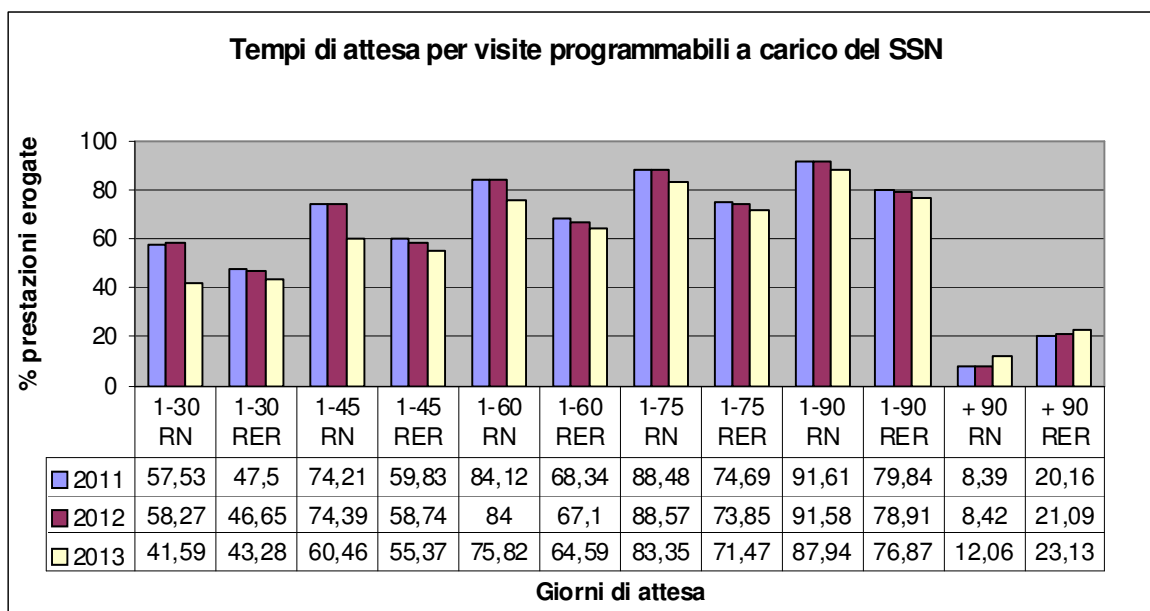
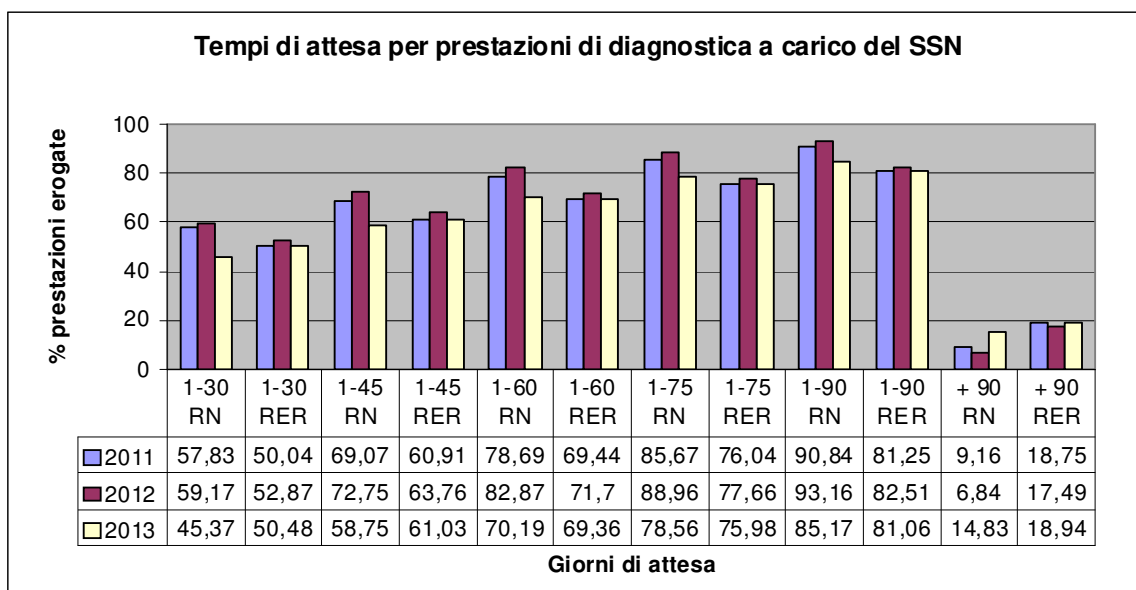
La Regione Emilia-Romagna si è posta l'obiettivo di portare tale indice al 90%, sia per le prime visite (a 30 giorni) che per la diagnostica (a 60 giorni).

Ciò premesso è opportuno specificare che i dati che vengono di seguito forniti rappresentano i "tempi di attesa effettivi" cioè quelli osservati dopo l'avvenuta erogazione delle prestazioni (ex post) e riguardano la totalità delle prestazioni erogate e non solo, quindi, quelle oggetto della rilevazione prospettica che per altro si pone in una logica "ex ante".

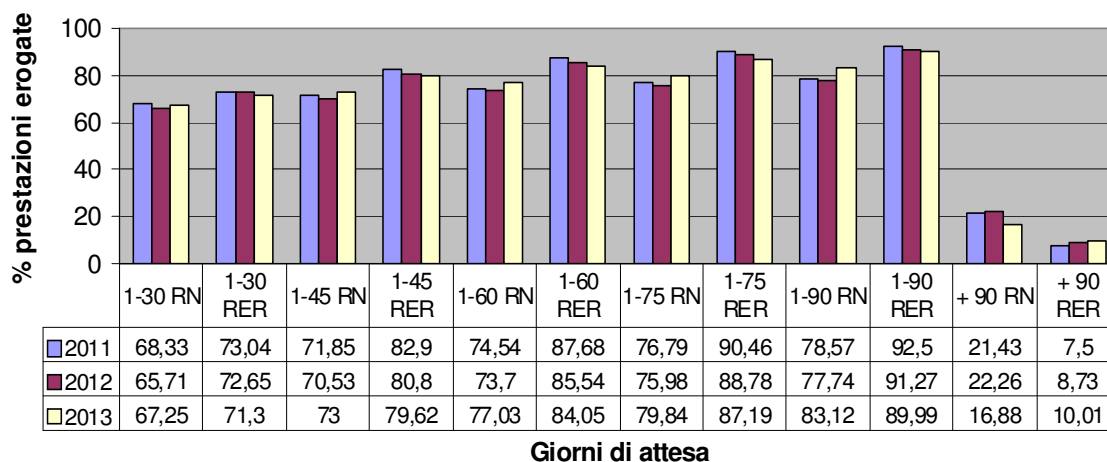
Analogamente alla precedente sezione, i dati vengono rappresentati riunendo le varie prestazioni negli stessi 5 macroaggregati già descritti in precedenza.

Infine, i dati che seguono, si riferiscono ai tempi di attesa per tutte le prestazioni che sono state definite esclusivamente come prestazioni non urgenti e di primo accesso (programmabili) e pertanto non comprendono quelle definibili come controlli (programmate); il tempo di attesa è espresso come percentuale cumulativa di prestazioni erogate all'interno di pre-definiti intervalli temporali espressi in giorni, così da rendere più evidenti le variazioni nel tempo dell'andamento delle attese.

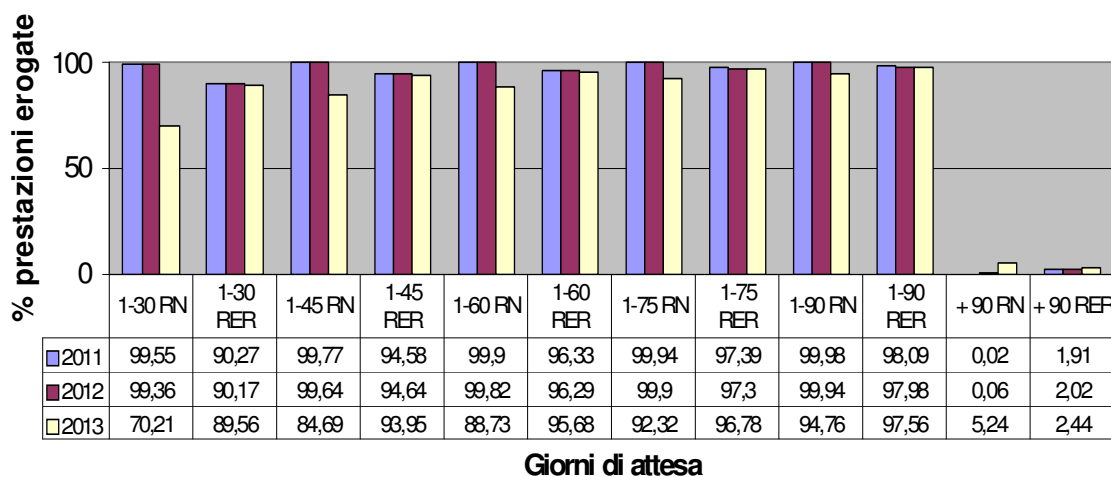
- **Percentuale di prestazioni specialistiche erogate, per categoria e per periodo di attesa: anni 2011/2013**



Tempi di attesa per prestazioni riabilitative a carico del SSN



Tempi di attesa per prestazioni di laboratorio a carico del SSN



Andamento dei tempi di attesa: commento

- Diagnostica:** nel 2013 si assiste ad una flessione della percentuale di persone che ricevono una prestazione di diagnostica "programmabile" entro i 60 - limite assunto come riferimento per la valutazione dei tempi di attesa- al 70,19% dato locale che, comunque, regge ancora il confronto con il dato complessivo regionale che si posiziona al 69,36% .
- Visite:** anche per le visite, dopo un triennio di performance in progressivo miglioramento, nel 2013, si assiste ad una flessione essendo state erogate, entro i 30 giorni - limite assunto come riferimento per la valutazione dei tempi di attesa delle visite programmabili - il 41,59%, contro un valore regionale del 43,28%. Per le visite come per la diagnostica, nel 2013 si è potuto operare un aumento della offerta di prestazioni solo nel periodo ottobre-dicembre per il tramite delle strutture private accreditate e, pertanto, si ritiene che questo breve lasso di temporale non sia stato in grado di ristabilire appieno le performance dell'anno precedente.
- Laboratorio:** il 2013 è segnato da un peggioramento della performance soprattutto nella prima fascia di attesa. Il dato non distingue tra chi ha prenotato a CUP il prelievo e chi invece ha scelto di utilizzare i punti prelievo ad accesso diretto presenti nel territorio provinciale (tre pubblici ed uno privato accreditato) che, per definizione, hanno tempi di attesa sempre uguali a zero. A fronte di una costanza di volumi di offerta presso i punti prelievo ad accesso diretto il peggioramento delle performance 2013 si ritiene imputabile

alla diminuzione di offerta per i prelievi prenotabili cup (circa il 6%) rispetto al 2012; si sottolinea che la tipologia di utenti che si rivolge a cup ha di norma esigenze di prelievi ampiamente programmabili secondo tempistiche personalizzate potendo scegliere, per soddisfarle, entrambe le modalità di accesso nel modo più confacente alle proprie esigenze peculiari.

4. **Prestazioni terapeutiche:** discreta la performance dell'Azienda USL di Rimini che, per queste prestazioni, presenta percentuali di erogazione significativamente più alte nelle posizioni più basse delle categorie di attesa, e quindi in quelle più tempestive; in particolare, nel 2013 sono state erogate il 72,25% delle prestazioni terapeutiche nel range temporale compreso tra 1 e 30 giorni contro un dato regionale del 57,06%. La tendenza a valori migliori rispetto al dato regionale pare mantenersi nel triennio, in specie nelle classi di attesa più basse.
5. **Prestazioni riabilitative** L'Azienda USL di Rimini in questo settore non mostra performance ottimali infatti, nel 2013 il 67,25% delle prestazioni erogate si colloca nella fascia temporale compresa tra 1 e 30 giorni contro un dato regionale del 71,3%; anche la fascia temporale immediatamente successiva di tempi di attesa (1-45 giorni) osserva valori inferiori a quelli regionali. V'è segnalato che questa tipologia di prestazioni è in parte anche rivolta a pazienti cronici e quindi a programmi terapeutici che non necessariamente devono essere svolti nei tempi di cui ai primi scaglioni temporali rappresentati.

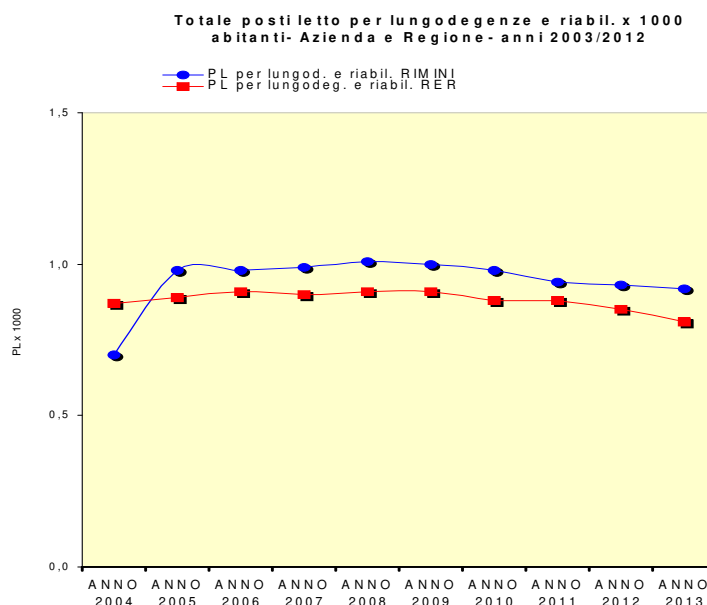
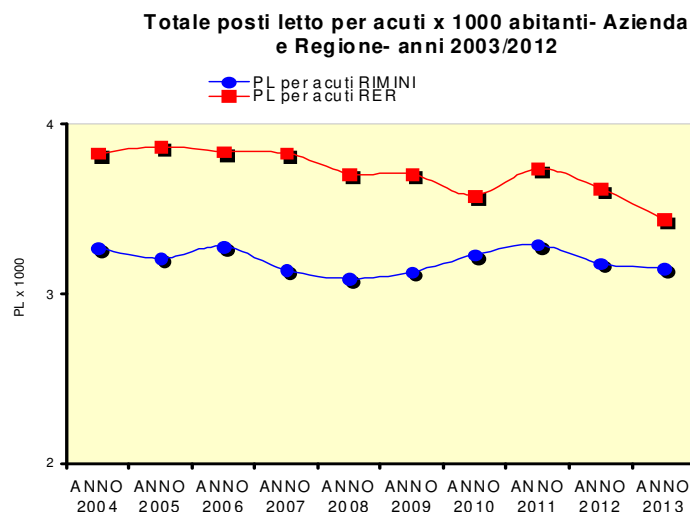
2.3.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

STRUTTURA DELL'OFFERTA: presidi pubblici e privati accreditati

- **Posti letto per acuti, ordinari e Day Hospital, su 1.000 abitanti**

POSTI LETTO PER ACUTI X 1.000 (PUBBLICO E PRIVATO)			
anni	PL acuti	PL lungo deg. e Riabilit.	Totale posti letto
Azienda USL di Rimini			
2004	3,27	0,70	3,97
2005	3,21	0,98	4,19
2006	3,28	0,98	4,26
2007	3,14	0,99	4,12
2008	3,09	1,01	4,10
2009	3,13	1	4,13
2010	3,23	0,98	4,21
2011	3,29	0,94	4,22
2012	3,18	0,93	4,11
2013	3,15	0,92	4,07
Regione			
2004	3,83	0,87	4,70
2005	3,87	0,89	4,76
2006	3,84	0,91	4,75
2007	3,83	0,90	4,73
2008	3,71	0,91	4,63
2009	3,66	0,91	4,57
2010	3,58	0,88	4,46
2011	3,74	0,88	4,62
2012	3,62	0,85	4,47
2013	3,44	0,81	4,25

Fonte: Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS;



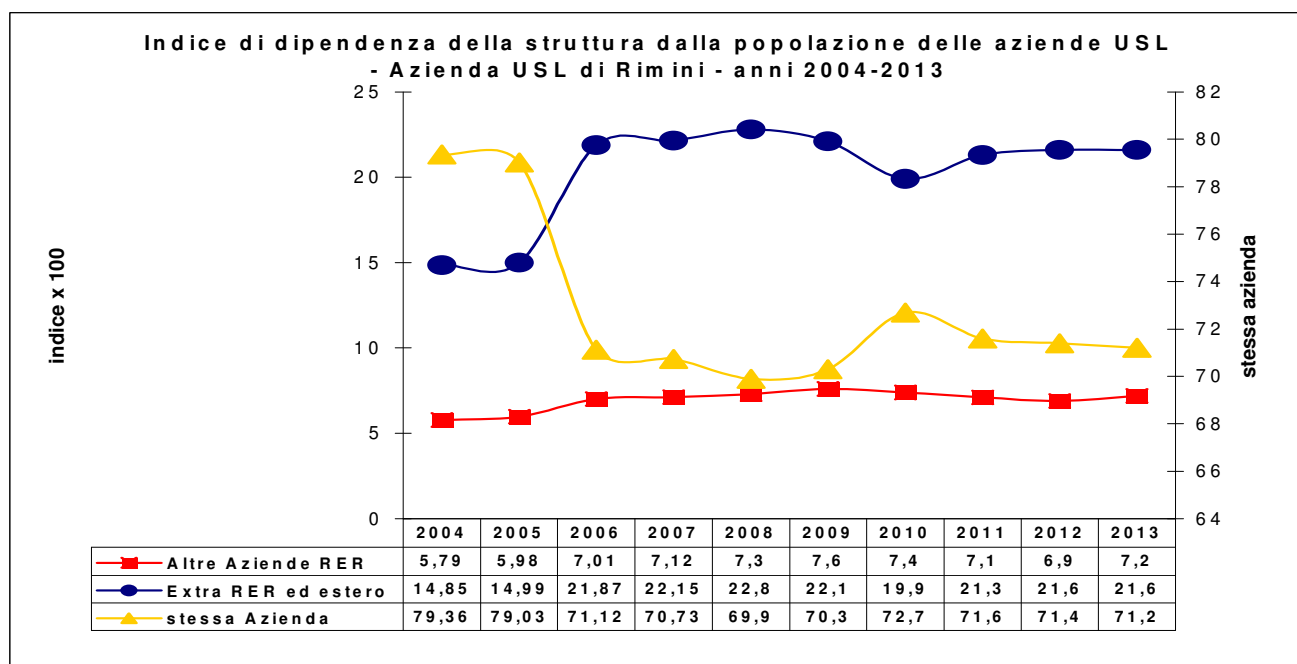
Nell'anno 2013 è proseguito il trend di riduzione della dotazione complessiva di posti letto (p.l.) nelle strutture pubbliche e private accreditate della ex Azienda USL di Rimini rispetto al 2011 e al 2012 determinato principalmente da una diminuzione del numero di posti letto per acuti ed in maniera molto ridotta da quelli per post-acuti, lungodegenza e riabilitazione. Il dato regionale, nello stesso periodo, mostra un analogo trend di riduzione dei posti letto totali, con diminuzione sia dei posti letto per acuti che di quelli per post-acuti, lungodegenza e riabilitazione. La dotazione totale dei posti letto aziendali è inferiore a quella media regionale, così anche quella per acuti, mentre è maggiore per quanto riguarda i letti per post-acuti, lungodegenza e riabilitazione.

GRADO DI ATTRAZIONE DELLE STRUTTURE AZIENDALI

• Indice di dipendenza delle strutture ospedaliere

L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle Aziende USL esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera.

L'INDICATORE riportato nel grafico seguente, derivante dall'analisi delle SDO, contiene valori relativi agli anni 2004/2013, elaborati direttamente dalla regione.



Per quanto riguarda le strutture ospedaliere della ex Azienda USL di Rimini, si evidenzia come l'attrazione nei confronti dei propri residenti dopo essersi avvicinata all'80% nel periodo 2004-2005, abbia registrato un brusco decremento nel periodo 2006-2008 abbassando progressivamente il valore dell'indicatore al 69,9%, per poi risalire fino al 72,7% nel 2010, anno in cui l'Ospedale di Novafeltria è entrato a far parte della rete ospedaliera aziendale. Nel 2011 l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere per i dimessi residenti nella stessa azienda si è leggermente abbassato passando dal 72,7 al 71,6% per poi rimanere sostanzialmente invariato anche nel 2012 e 2013.

L'indice di attrazione nei confronti di residenti di altre province della Regione Emilia-Romagna è aumentato sia rispetto al 2012 che al 2011, mentre il grado di attrazione nei confronti dei residenti nel resto d'Italia (mobilità attiva interregionale) e all'estero nell'anno 2013, ha fatto registrare lo stesso valore del 2012.

- **Tasso standardizzato di ospedalizzazione**

Il tasso standardizzato con metodo diretto è una media ponderata dei tassi specifici per età. La standardizzazione viene utilizzata per eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni esaminate e consente, pertanto, di porre a confronto popolazioni diverse. I dati sotto rappresentati sono di fonte ed elaborazione regionali.

ANNO 2013 (senza mobilità passiva)	Pubblico			Privato			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
RIMINI	48	73,8	121,8	10,3	6,7	17,1	58,4	80,5	138,9
RER	51,5	72,7	124,3	11	9,4	20,4	62,6	82,1	144,7

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione nella ex AUSL di Rimini per il 2013 così come riportato in tabella, evidenzia un andamento costantemente inferiore a quello regionale, sia nel settore pubblico che in quello privato, confermando così il trend in riduzione degli anni precedenti. Il dato non è però confrontabile perché non tiene conto della mobilità passiva.

Ad una analisi più approfondita si evidenzia che il tasso riferito ai dimessi per DRG medici dagli ospedali pubblici dell'Azienda sia lievemente superiore a quello regionale (73,8 x 1.000 a Rimini rispetto al valore regionale di 72,7 x 1.000), mentre al contrario il tasso per DRG chirurgici dell'Azienda è inferiore a quello corrispondente medio registrato in Regione (rispettivamente 48 x 1.000 vs. 51,5 x 1.000). Una possibile spiegazione di tale scostamento è da ricercare nell'incompleto passaggio dall'attività di DH a quella ambulatoriale (Day-Service) di numerosi DH medici; infatti il tasso di ospedalizzazione per DRG medici in DH risulta superiore a Rimini (17,5 x 1.000 ab.) rispetto al valore regionale (15,6 x 1.000 ab.). Al contrario lo stesso processo sembra più avanzato in ambito chirurgico, dove il tasso per DRG chirurgico (10,8 x 1.000 ab.) è significativamente inferiore a quello regionale di riferimento (13,6 x 1.000 ab.).

• **Tempi d'attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato – Regioni**
Anno 2013 (Fonte AUSL_RN e Regione)

Azienda USL di Rimini

Tipo intervento	Ricoveri Totali	> 0 gg	0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	> 180 gg	Attesa mediana (gg)
Int. chirurgico tum. mammella – mastectomia (reg. ordinario)	118	115	2,5	87,8	100	100	100	100	0	18
Int. chirurgico tum. prostata (reg. ordinario)	54	54	0	51,9	87	98,1	100	100	0	28
Int. chirurgico tumore colon retto (reg. ordinario)	187	183	2,1	77,6	93,4	95,1	96,7	99,5	0,5	22
Int. Chirurgico tum. utero (regime ordinario)	33	33	0	33,3	100	100	100	100	0	36
Int. chirurgico polmone (reg. ordinario)	57	57	0	93	100	100	100	100	0	16
Chemioterapia (DH)	1.339	880	34,3	98,8	99,2	99,2	99,2	99,3	0,7	2
Angioplastica (PTCA) (reg. ordinario)	169	130	23,1	76,9	90,8	94,6	96,2	98,5	1,5	11,5
Endoarteriectomia carotidea (reg. ordinario)	112	110	1,8	60,9	89,1	98,2	99,1	100	0	24
Coronografia (DH)	154	152	1,3	86,8	94,7	96,7	96,7	96,7	3,3	10
Int. protesi d'anca (reg. ordinario)	325	314	3,4	15,9	41,4	68,5	82,8	92,7	7,3	68,5
Tonsillectomia (regime ordinario)	194	161	17	20,5	38,5	48,4	54,7	68,3	31,7	99
Biopsia percutanea del fegato (DH)	50	10	80	70	90	90	90	100	0	4
Emorroidectomia (DH)	4	4	0	50	100	100	100	100	0	26,5
Riparazione ernia inguinale (DH)	506	503	0,6	22,9	41,6	52,7	60,4	71	29	85

Regione Emilia – Romagna

Tipo intervento	Ricoveri Totali	> 0 gg	0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	> 180 gg	Attesa mediana (gg)
Int. chirurgico tum. mammella – mastectomia (reg. ordinario)	1222	1202	1,6	73,8	94	97	98,1	98,9	1,1	22
Int. chirurgico tum. prostata (reg. ordinario)	1330	1323	0,5	40,5	73,4	84,9	94,3	99,2	0,8	37
Int. chirurgico tumore colon retto (reg. ordinario)	2287	2188	4,3	81,1	95,2	96,8	97,7	99,5	0,5	17
Int. Chirurgico tum. utero (regime ordinario)	529	516	2,5	66,5	94,2	97,5	99	99,6	0,4	25
Int. chirurgico polmone (reg. ordinario)	787	757	3,8	88,2	98,3	99,3	99,5	99,7	0,3	13
Chemioterapia (DH)	21217	11247	47	97,7	99,2	99,4	99,5	99,6	0,4	4
By – pass aortocoronarico (reg. ordinario)	877	794	9,5	80	85,4	90,2	96,3	99	1	9
Angioplastica (PTCA) (reg. ordinario)	3640	3048	16,3	83,6	93,9	97,2	98,7	99,3	0,7	9
Endoarteriectomia carotidea (reg. ordinario)	1169	1121	4,1	54,1	78,2	90,5	94,9	97,7	2,3	27
Coronografia (DH)	948	883	6,9	87,9	93,3	94,8	95	96,8	3,2	10
Int. protesi d'anca (reg. ordinario)	6957	6863	1,4	28,1	45,1	57,1	65,7	79,3	20,7	70
Tonsillectomia (regime ordinario)	3184	3139	1,4	20	35,1	47,1	55,3	70,5	29,5	100
Biopsia percutanea del fegato (DH)	862	667	22,6	85	94,8	97,8	98,8	99,9	0,1	9
Emorroidectomia (DH)	321	315	1,9	32,7	48,9	57,1	62,9	74,9	25,1	66
Riparazione ernia inguinale (DH)	5580	5532	0,9	27,8	46	57,4	67,2	79,2	20,8	70

L'analisi dei dati produce la seguente sintesi:

Area Oncologica: nell'anno 2013 i tempi d'attesa registrati, sono migliori rispetto alla media R.E.R. nel caso del tumore della mammella (87,9% vs 73,8%), del polmone (93,2% vs 88,5%), della prostata (51,9% vs 40,5%), chemioterapia (98,7% vs 97,7%).

Per il tumore del colon-retto, la performance pari al 76,8% è lievemente inferiore rispetto al risultato medio R.E.R. (80,9%).

Resta critico il dato per il tumore dell'utero per l'intervallo temporale 0 - 30 gg, anche se poi nell'intervallo successivo, il valore si allinea a quello regionale.

Area cardiovascolare: i tempi d'attesa si mantengono ottimi, poiché vengono rispettati gli standards previsti dall'Accordo Stato-Regione.

Area non oncologica (regime ordinario): i tempi d'attesa per l'intervento di protesi d'area sono eccellenti poiché oltre a risultare nettamente migliori rispetto la media R.E.R., presentano una performance migliore rispetto al parametro normativo.

Per gli interventi di tonsillectomia, il dato rilevabile per l'intervallo temporale 1 - 180 gg è sostanzialmente allineato a quello R.E.R.: 69,1 vs 70,5.

Area non oncologica (regime DH): il dato registrato per le patologie riguardanti la biopsia percutanea del fegato e della emorroidectomia nell'intervallo temporale 1 - 180 gg ha raggiunto il valore massimo (100%), mentre per la riparazione dell'ernia inguinale il dato è leggermente inferiore alla R.E.R. (70,9% vs 74,9%).

• **Accessi al P.S. e percentuale ricoverati sul totale degli accessi - anni 2011 - 2013**

	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Δ % Accessi 2013/2012
	Totale	Ricov./Acc.	Totale	Ricov./Acc.	Totale	Ricov./Acc.	
	Accessi	* 100	Accessi	* 100	Accessi	* 100	
AUSL Rimini	178.771	12,9	175.901	13,01	181.548	13	3,21
Tot. Regionale	1.835.085	15,2	1.821.086	15,2	1.821.564	15,2	0,03

Pur rilevando un aumento degli accessi del 3,21% tra il 2012 ed il 2013, la percentuale dei ricoverati è rimasta costante.

- Tassi di accessi al P.S. per 1.000 abitanti per Distretto e gravità del paziente**

2013						
Distretto sanitario di residenza	Codice Bianco	Codice Verde	Codice Giallo	Codice Rosso	NON RILEVABILE	TOTALE
RIMINI Rimini, SN, NF, ped. Ost. Ortop, Ocul. Ostetr. Bellaria	80,04	391,93	92,94	10,23	0,02	575,16
RICCIONE Riccione- Cattolica	39,12	332,05	70,69	6,61	0,00	448,47
TOTALE AUSL Rimini	66,18	371,65	85,40	9,01	0,01	532,26

La percentuale dei codici di più alta gravità (giallo e rosso) resta contenuta, mentre si nota come:

- i codici di massima gravità tendono correttamente ad essere maggiori presso l'Ospedale Provinciale
- un'altra costante è il numero di cittadini che ogni anno si rivolgono alle nostre strutture di P.S. che analogamente al resto dell'Italia supera il 50% ogni anno

- Accessi in OBI - anni 2011 - 2013**

AZIENDA	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
RIMINI	7.533	8.563	8.157
RER	74.123	80.364	84.028

- **Piano sangue: raccolta e consumo nell'ultimo biennio**

Confronto attività di raccolta sangue 2013 - 2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
RIMINI	15.094	16.020	-5,8
TOTALE RER	234.457	249.825	-6,2

Confronto consumi di globuli rossi “2013 – 2012”

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
RIMINI	14.975	14.614	2,5
TOTALE RER	234.529	246.074	-4,7

Confronto attività di aferesi “2013 – 2012”

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
RIMINI	2.654	2.477	7,1
TOTALE RER	63.994	59.243	8,0

Confronto totale attività (sangue intero + aferesi) “2013 – 2012”

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
RIMINI	17.748	18.497	-4,0
TOTALE RER	298.453	309.068	-3,4

I dati 2013 relativi all'attività di raccolta e consumo del sangue mostrano un completo allineamento delle suddette attività, nell'ottica della autosufficienza locale della raccolta del sangue ed emocomponenti. Inoltre, la costituzione del Programma Speciale Sangue e Plasma dell'Area Vasta Romagna, che coinvolge i territori di Rimini, Forlì, Cesena e Ravenna e la buona gestione dell'Emoteca di AVR situata a Pievesestina, consentono la gestione più agevole di eventuali carenze/eccedenze di sangue ed emocomponenti in relazione alle necessità trasfusionali dei pazienti.

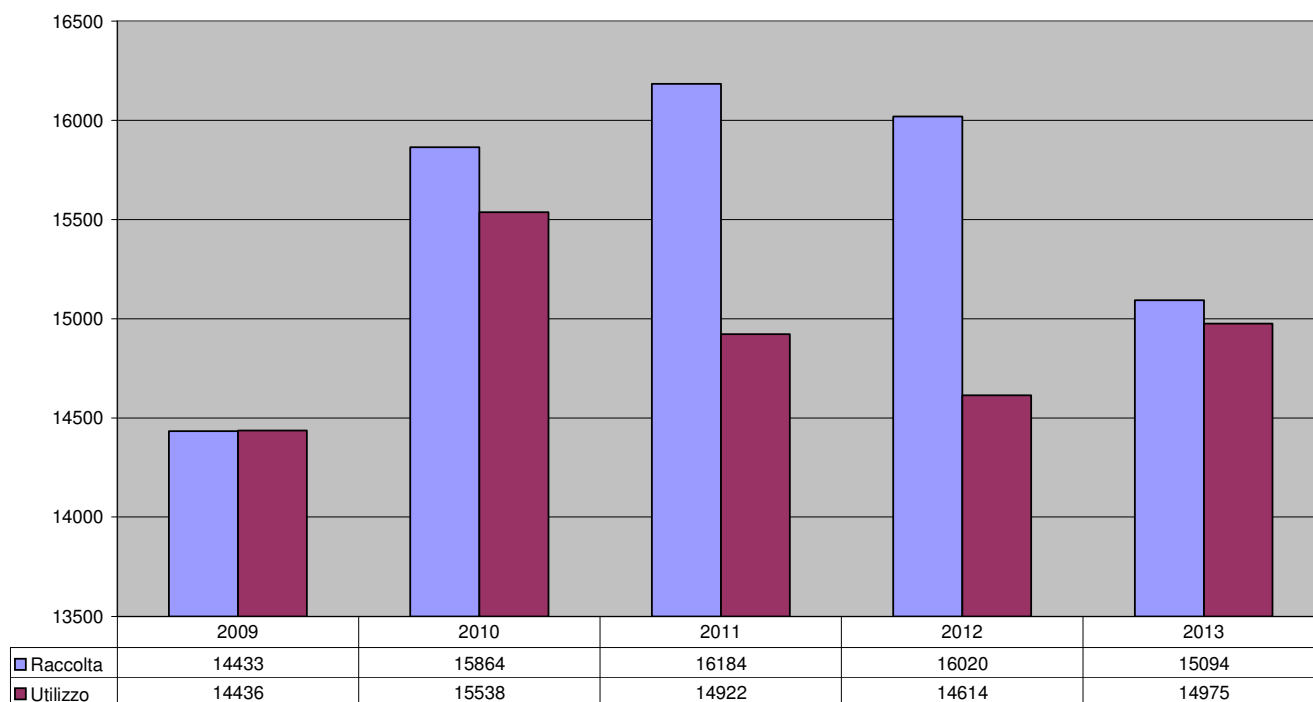
La sinergia tra AUSL e Associazioni ha quindi consentito di soddisfare il fabbisogno di sangue territoriale. Infatti sono state raccolte 17.748 unità di emocomponenti (15.094 unità di sangue intero + 2.654 unità di plasma e piastrine da aferesi) e consumate 14.975 (+2.5% rispetto al 2012) unità di emazie concentrate (vedi tabella 1). Tale aumento dei consumi si è verificato prevalentemente nei PS, Medicine d'Urgenza e Rianimazioni, probabilmente dovuto all'aumento delle attività del DEA.

La flessione delle donazioni, in linea con quanto avviene in RER, è dovuto all'invecchiamento della popolazione anche dei donatori di sangue, ma anche alla promozione della donazione su appuntamento, sulla base delle necessità trasfusionali del territorio di Rimini.

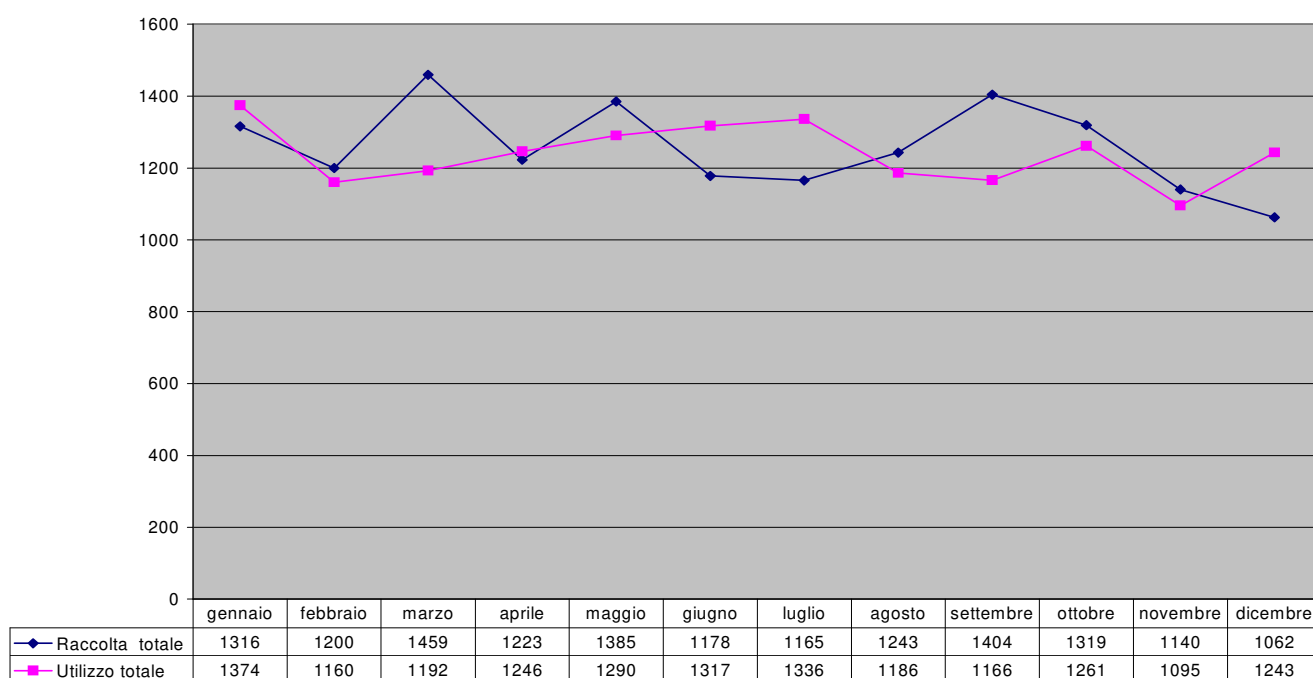
Questo " equilibrio"è stato possibile per i seguenti motivi:

- puntuale risposta dei donatori di sangue sollecitati dalle Associazioni che hanno aderito al progetto di modulazione della raccolta di sangue su prenotazione e per gruppo sanguigno ,per soddisfare i fabbisogni in emocomponenti dei pazienti, in linea con il nuovo piano sangue 2013-2015.
- Buon funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue e collaborazione delle UUOO dell'AUSL nel perseguire l'appropriatezza della terapia trasfusionale(vedi tabella 2).

Andamento della raccolta e dell'utilizzo di unità rosse (Tabella 2)



RACCOLTA-CONSUMI 2013 (Tabella 1)



Nell'ambito delle attività della Medicina Trasfusionale di Rimini vanno inoltre segnalate:

- la cura dei pazienti emofilici in collaborazione con il centro per l'Emofilia di Cesena. Nella nostra Provincia vengono gestiti e supportati 17 pazienti, 4 dei quali in età pediatrica e con malattia complicata dalla presenza di inibitore del FVIII. Inoltre vengono trattati in collaborazione con i PS della provincia di Rimini, anche pazienti emofilici provenienti da altre province/regioni
- la raccolta delle cellule staminali finalizzata al trapianto di midollo autologo, in collaborazione con l'UO Ematologia
- il trattamento aferetico per la cura di pazienti affetti da patologie immunologiche
- la produzione di emocomponenti ad uso topico per la cura di patologie degenerative osteoarticolari e oculari.
- La prevenzione della Malattia Emolitica Neonatale (MEN), che ancora affligge i nuovi nati ed è rivolta all'identificazione, in collaborazione con Gli Ostetrici dell'Ospedale e del territorio, delle gravide a rischio di sviluppare anticorpi diretti contro antigeni eritrocitari del feto.
- La promozione della donazione del cordone ombelicale a scopo solidaristico, in collaborazione con l'UO Ostetricia e Ginecologia e il Coordinamento trapianti di Rimini, come fonte di cellule staminali finalizzate al trapianto di midollo osseo in paziente affetti da patologie ematologiche.

2.3.5 QUALITA' DELL'ASSISTENZA: alcuni indicatori di processo e di risultato

PREMESSA

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale si è assunta il compito di istituire un gruppo di lavoro ad hoc per l'elaborazione di una proposta di revisione degli indicatori di qualità dell'assistenza presenti nel Bilancio di Missione. L'esito finale del lavoro ha portato alla definizione di 12 indicatori da interpretare principalmente come "sentinelle", il cui valore informativo risiede nella capacità di segnalare gli elementi critici o positivi di specifici eventi all'interno dei più ampi percorsi assistenziali integrati.

La maggioranza di questi indicatori si riferisce all'assistenza ospedaliera, ed una ridotta parte a quella territoriale. Le dimensioni della qualità dell'assistenza prese in considerazione riguardano principalmente l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia.

- Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.**

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso e si verificano per traumi a bassa energia prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento, e una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza molte delle linee guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale.

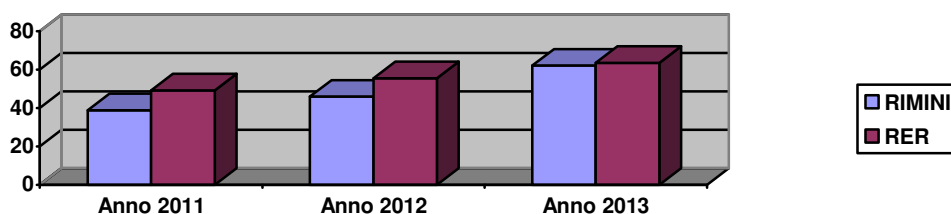
Valori di riferimento/Benchmark

La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40%. Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni.

FORMULA DI CALCOLO: Numeri di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni dall'ammissione in pazienti di età superiore a 18 anni rispetto al numero totale dei ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in pazienti di età superiore a 18 anni.

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%	N. CASI	TOTALE	%
RIMINI	169	436	38,8	211	460	45,9	293	472	62,1
RER	3.148	6.402	49,2	3.691	6.648	55,5	4.187	6.598	63,5

% interventi chirurgici frattura collo del femore entro 2 gg dal ricovero



Nel 2013 la percentuale di interventi chirurgici per frattura del collo del femore entro 48 ore dal ricovero, seguendo l'andamento costantemente incrementale degli ultimi anni, ha subito, rispetto al 2012, un aumento del 16,2% attestandosi finalmente su un valore molto prossimo a quello medio regionale.

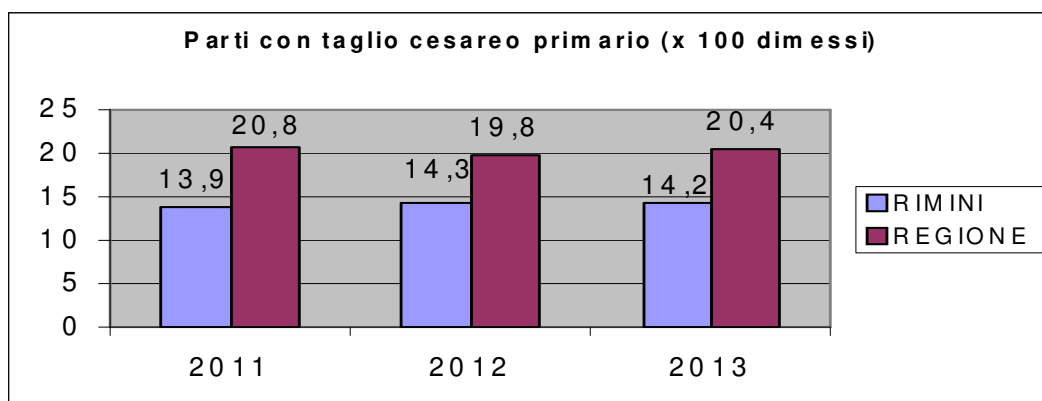
- **Parti con taglio cesareo primario**

In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali: 23% nel Friuli Venezia Giulia e 62% in Campania (dati del 2008). L'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non ha prodotto miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali per le donne e per i bambini. Al contrario le regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbidità neonatale rispetto alle regioni con alto tasso di cesarei. A tale proposito il Dipartimento della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha previsto tra gli obiettivi dello schema di Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 di *"diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando, entro il triennio, ad un valore nazionale pari al 20% in linea con valori medi degli altri paesi europei"*. La FIGO nel 2002 ha prodotto delle Raccomandazioni sul parto cesareo senza indicazioni mediche concludendo che, alla luce delle evidenze disponibili, un cesareo senza indicazione medica non è eticamente giustificabile. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie. Molti sistemi di indicatori anglosassoni (USA, Canada, Australia) rilevano i parti con taglio cesareo primario (quindi in partorienti che non abbiano avuto un precedente parto cesareo), per eliminare dall'analisi almeno quella quota attribuibile ai casi con precedenti parti cesarei.

Valori di riferimento/Benchmark

Gli ospedali statunitensi che utilizzano gli indicatori AHRQ, hanno riscontrato nel 2008 un tasso del 18.03% su un totale di 645.745 parti.

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	Taglio Cesareo Primario	Totale Parti	%	Taglio Cesareo Primario	Totale Parti	%	Taglio Cesareo Primario	Totale Parti	%
RIMINI	397	2.850	13,9	415	2.904	14,3	400	2.810	14,2
RER	7.388	35.466	20,8	6.835	34.485	19,8	6.819	33.407	20,4

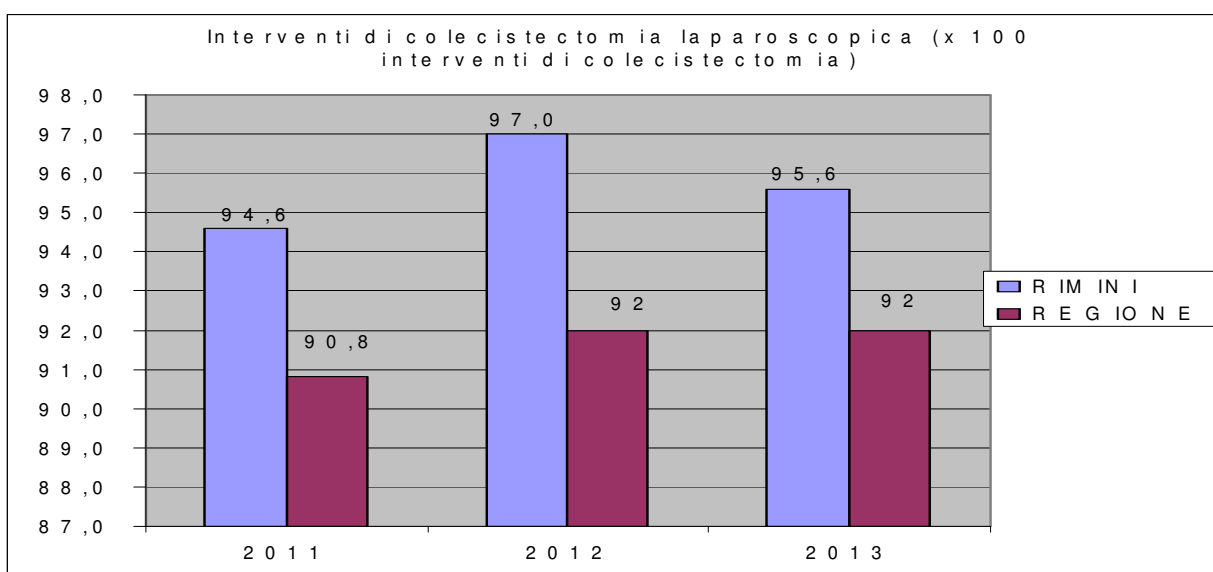


La tabella evidenzia ancora una volta l'ottima performance dell'ex Ausl di Rimini nel ricorso al taglio cesareo primario, mostrando un consolidamento dei valori nell'anno 2013 rispetto al 2012. La percentuale si presenta molto inferiore a quella media regionale ed addirittura inferiori anche ai valori americani presi a riferimento.

- **Interventi di colecistectomia laparoscopica**

La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure. L'indicatore è anche tra quelli scelti nell'ambito del Progetto SiVeAS-Sistema di Valutazione della Performance della Sanita' Italiana- del Ministero della Salute.

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.CASI	TOTALE	%	N.CASI	TOTALE	%	N.CASI	TOTALE	%
RIMINI	470	497	94,6	576	594	97,0	583	610	95,6
RER	4.710	5.189	90,8	4.897	5.322	92,0	5.093	5.533	92,0



Il ricorso alla tecnica di chirurgia laparoscopica per la rimozione della colecisti presso le strutture ospedaliere di questa ex azienda sanitaria è ampiamente consolidato e viene utilizzato in una elevata percentuale dei casi trattati, che rimane sempre al di sopra della media regionale.

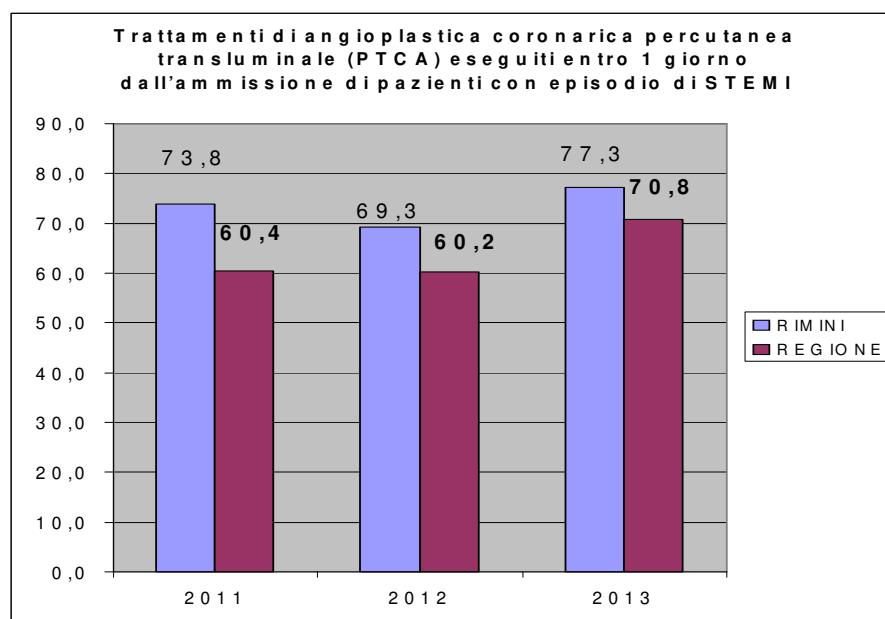
- **Proporzione di trattamenti di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) eseguiti entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con episodio di STEMI.**

L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. E' stato dimostrato che negli ospedali in cui viene eseguito un numero maggiore di PTCA, gli esiti per i pazienti sono superiori a quelli con minore esperienza. I vantaggi comprendono minore mortalità e necessità di ricorso a operazioni chirurgiche di bypass coronarico. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure. Il numero di PTCA eseguito da un ospedale può, pertanto, riflettere la qualità dell'assistenza fornita.

Valori di riferimento / Benchmark

Le linee guida di due delle più importanti società di cardiologia a livello mondiale (la American Heart Association e l'American College of Cardiology) stabiliscono che una struttura sanitaria dovrebbe eseguire ogni anno almeno 36 PTCA primarie (non programmate, quindi in urgenza alla presenza di infarto miocardico acuto) e 200 PTCA totali, per mantenere la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.CASI	TOTALE	%	N.CASI	TOTALE	%	N.CASI	TOTALE	%
RIMINI	211	286	73,8	214	309	69,3	281	80,8	77,3
RER	2.379	3.942	60,4	2.237	3.718	60,2	3.362	70,8	70,8

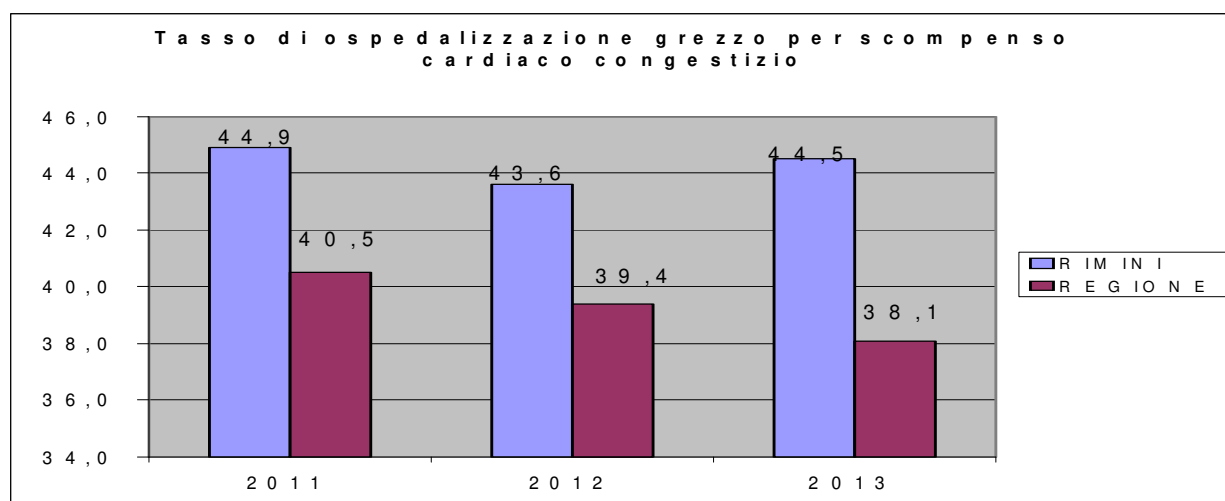


La tabella mostra che la buona performance che caratterizza l'ex AUSL di Rimini relativamente all'esecuzione della PTCA entro 1 giorno dall'ammissione dei pazienti con episodio di STEMI, nel 2013 si è ulteriormente rafforzata mantenendo sempre valori superiori a quelli regionali e rispondenti alle linee guida delle due più importanti società di cardiologia mondiali.

- **Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio**

Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica e progressiva che per natura richiede talvolta il ricovero ospedaliero, tuttavia, se il paziente riceve un'adeguata assistenza territoriale e domiciliare, la malattia può essere per lo più controllata in regime ambulatoriale, evitando quindi eccessive ospedalizzazioni. Diverse ricerche dimostrano che la gestione extraospedaliera ottimale di pazienti con SC può migliorare significativamente esiti quali mortalità e tasso di riammissioni. Il tasso di ospedalizzazione per SC è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle esacerbazioni che rendono necessario il ricovero.

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	1.245	277.369	44,9	1.209	277.369	43,6	1.247	279.989	44,5
RER	15.206	3.753.626	40,5	14.796	3.753.626	39,4	14.339	3.758.863	38,1



L'andamento dell'indicatore in ambito aziendale, dopo la riduzione registrata nell'anno 2012, nel 2013 ha evidenziato una ripresa attestandosi su valori pressoché analoghi a quelli del 2011. Risulta aumentato il divario con i valori medi regionali che nel triennio mostrano un andamento decrescente. Sarà pertanto necessario procedere ad una revisione del modello organizzativo e dei percorsi esistenti per il trattamento complessivo di questa patologia.

Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine in pazienti diabetici

Il diabete è una patologia spesso gravata da complicanze, sia di insorgenza improvvisa, sia ad insorgenza graduale nel tempo. A volte queste complicanze possono verificarsi a causa di una non totale adesione del paziente alle terapie prescritte, a un suo inadeguato livello di educazione circa la malattia, o a una gestione ambulatoriale e territoriale non ottimale. E' stato dimostrato infatti che i pazienti che ricevono l'assistenza ambulatoriale più appropriata in base alle indicazioni degli esperti, ad esempio tramite programmi specifici di educazione e follow-up, vengono ricoverati meno frequentemente per quasi tutti i tipi di complicanze severe evitabili. Il tasso di ospedalizzazione per diabete è, pertanto, un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze della patologia che rendono necessario il ricovero.

Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	73	277.424	2,63	88	277.424	3,17	49	280.043	1,75
RER	1.545	3.754.530	4,11	1.326	3.754.530	3,53	1.227	3.759.836	3,26

Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine

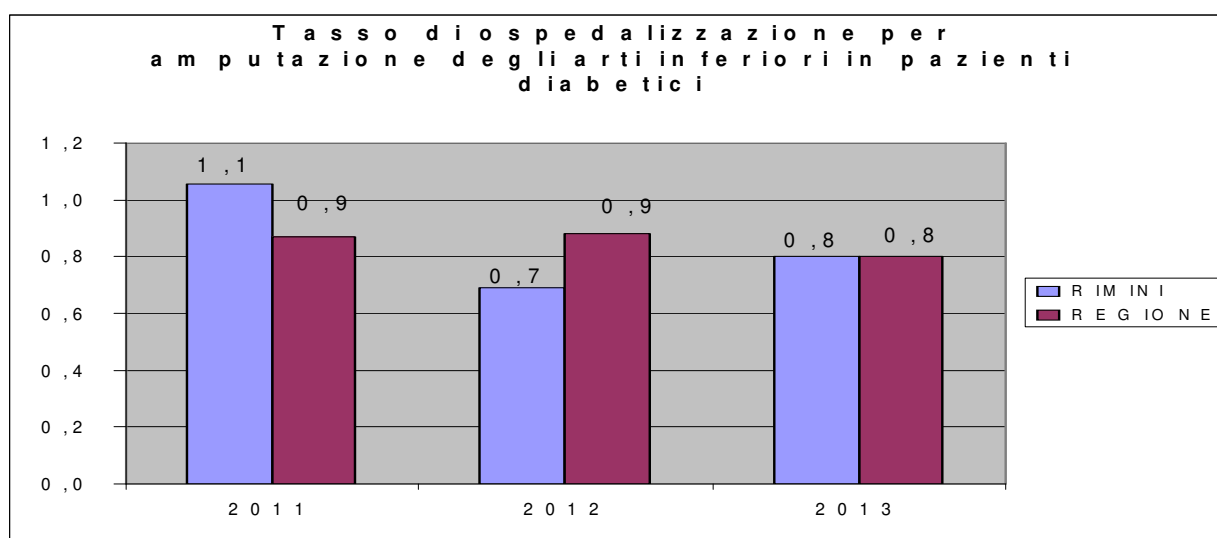
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	417	277.424	15,03	405	277.424	14,59	377	280.043	13,46
RER	8.814	3.754.530	23,47	8.311	3.754.530	22,13	8.400	3.759.836	22,34

La buona performance che caratterizza questa azienda relativamente ai tassi di ospedalizzazione per complicanze a breve e a lungo termine nei pazienti diabetici, nel 2013 si è ulteriormente rafforzata, riducendo entrambi i tassi rispetto al 2012 e mantenendosi sempre ben al di sotto dei valori medi regionali.

- Tasso di ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici**

Il diabete è un importante fattore di rischio per amputazione degli arti inferiori, dovuta a infezioni, neuropatie e malattia micro vascolare. Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze che le causano.

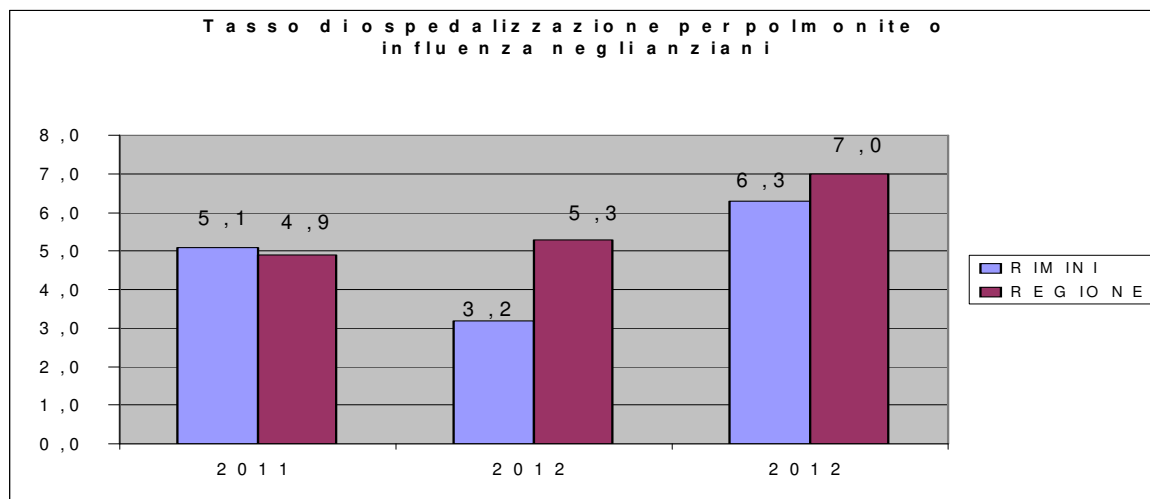
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	29	277.369	1,1	19	277.369	0,7	21	279.989	0,8
RER	325	3.753.626	0,9	329	3.753.626	0,9	299	3.758.863	0,8



L'ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici, rispetto al 2011, ha subito una progressiva riduzione portandosi allo stesso livello del valore medio regionale.

- Tasso di ospedalizzazione per polmonite o influenza negli anziani**

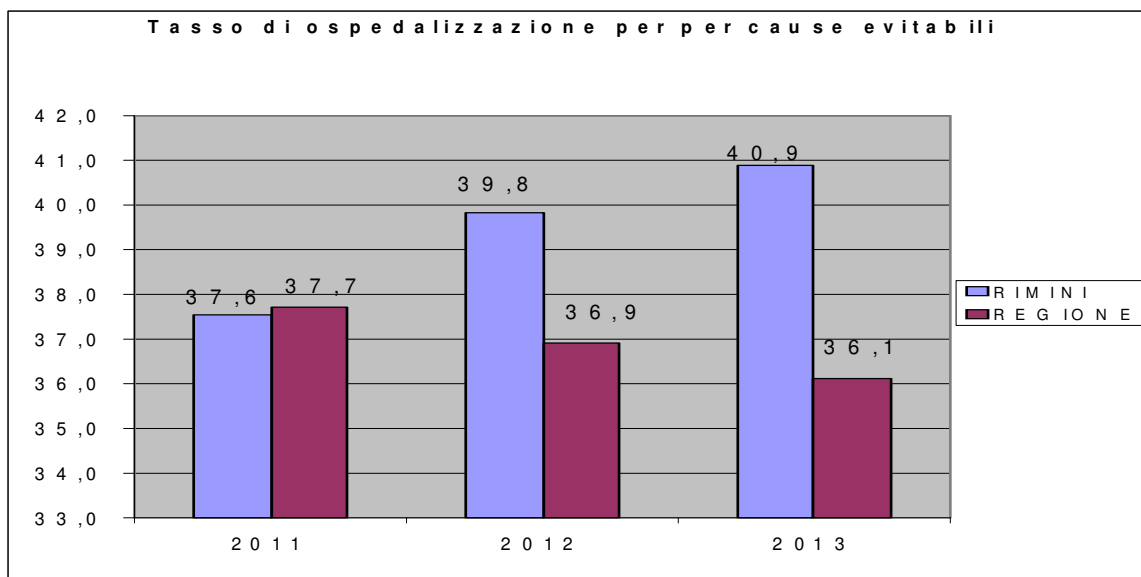
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	35	69.292	5,05	22	69.292	3,17	45	70.782	6,36
RER	496	1.003.546	4,94	528	1.003.546	5,26	713	1.017.080	7,01



Il tasso di ospedalizzazione per polmonite o influenza negli anziani ha registrato una ripresa nel 2013, mantenendosi comunque sotto ai valori medi regionali che sono pure progressivamente aumentati nel triennio.

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

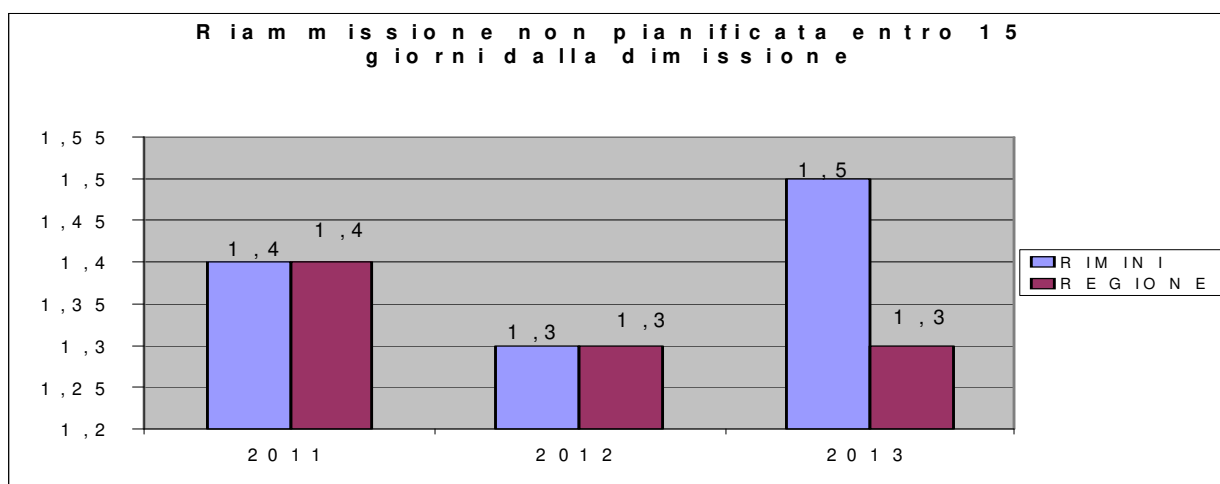
	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000	N.Casi	Pop. Resid.	Tasso x 10.000
RIMINI	1.247	332.07	37,6	1.323	332.07	39,8	1.372	335.331	40,9
RER	16.817	4.459.246	37,7	16,462	4.459.246	36,9	16.147	4.471.104	36,1



L'andamento di questo indicatore, allineato a quello regionale nel 2011, nei successivi 2 anni è progressivamente aumentato, mentre quello regionale nello stesso periodo è lievemente diminuito.

- **Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione**

	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	N.Casi	Totale ricoveri.	Tasso x 10.000	N.Casi	Totale ricoveri.	Tasso x 10.000	N.Casi	Totale ricoveri	Tasso x 10.000
RIMINI	397	28.874	1,4	379	28.427	1,3	435	28.760	1,5
RER	5.929	419.990	1,4	5.478	413.158	1,3	5.430	405.031	1,3



Questo indicatore che documenta una dimissione troppo accelerata con un quadro clinico del paziente non ben trattato o non stabilizzato, dopo 2 anni di stabilità ed allineamento ai valori medi regionali, nel 2013 ha subito un lievissimo incremento, mentre la media regionale è rimasta invariata rispetto al 2012.

2.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.4.1 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E DIPARTIMENTALE

1 Criteri generali di organizzazione

L'Azienda ispira la propria organizzazione ai seguenti criteri:

- a) **semplificazione:** pur nella consapevolezza della complessità dell'organizzazione di una Azienda Sanitaria pubblica, si inseriscono, ogni volta sia possibile ed opportuno, elementi di semplificazione evitando duplicazioni e ridondanze di articolazioni, limitando lo sviluppo verticale delle strutture organizzative, dividendo chiaramente le funzioni gestionali da quelle professionali;
- b) **orientamento ai risultati:** l'Azienda si struttura in modo da promuovere e sostenere nel tempo, ai diversi livelli di responsabilità, la capacità di raggiungere gli obiettivi assistenziali od organizzativi programmati. A tal fine l'Azienda si muove su una duplice linea: chiarezza nell'assegnazione degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione e predisposizione di criteri che sostanzino l'iter selezione dei professionisti – sistema di valutazione – sistema premiante;
- c) **integrazione multiprofessionale:** il modello assistenziale integrato, che sottende la presa in carico globale del paziente, presuppone la capacità dei professionisti di lavorare, nel rispetto delle singole e diverse professionalità, in modo integrato, tale da potenziare le rispettive competenze in direzione di condivisi piani di assistenza individuali e di un condiviso progetto di servizio, di cui assume la responsabilità, con conseguente contestabilità, il dirigente individuato. Tale modello rimanda alla responsabilizzazione dei singoli e del gruppo in un rapporto di collaborazione che riconosce pari importanza ad ogni apporto professionale senza mortificarne l'autonomia;
- d) **valorizzazione delle professioni:** l'Azienda promuove la valorizzazione delle professioni sostenendo la formazione permanente in varie forme ed attivando percorsi di crescita professionale. L'Azienda riconosce che la responsabilità gestionale non è prerogativa della professione medica ed amministrativa, bensì è direttamente collegabile alla capacità del singolo professionista e pertanto intende contribuire al progresso delle professioni attribuendo anche a soggetti appartenenti al personale infermieristico e/o tecnico - professionale la responsabilità gestionale di importanti settori/strutture aziendali.
- e) **flessibilità:** al fine di rendere sempre più appropriata l'assistenza, l'Azienda favorisce interventi innovativi rispondenti al cambiamento del contesto tramite la flessibilità dell'organizzazione e del comportamento professionale e sostiene la circolarità delle conoscenze, in direzione di una crescita allargata che impedisca l'instaurarsi di posizioni individuali e di servizio autoreferenziali, nel rispetto delle relazioni sindacali e delle norme contrattuali.

L'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità ai dirigenti.

2 Funzione di committenza e di produzione

L'organizzazione dell'Azienda USL di Rimini prevede la separazione funzionale delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate. Le due funzioni vengono assegnate a soggetti distinti dell'organizzazione aziendale.

La committenza è intesa come un processo teso a massimizzare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, efficienza allocativa e rendimento delle risorse mobilitate con il fine di promuovere, mantenere e sviluppare la salute e il benessere della popolazione o di suoi sottogruppi di interesse particolare, avendo come riferimento obiettivi e compiti assegnati all'Azienda nel Piano annuale di attività, sulla base di indirizzi regionali, della Conferenza sociale e sanitaria e dei Comitati di Distretto. Si compone dei seguenti momenti specifici: valutazione dei bisogni assistenziali; definizione delle priorità; definizione dei servizi necessari e delle rispettive

caratteristiche quantitative, distributive e qualitative; selezione degli interlocutori e dei fornitori di servizio; elaborazione del piano di produzione; accordi e contratti di fornitura; allocazione delle risorse; monitoraggio e valutazione dei servizi prodotti. La funzione di committenza è una funzione collegiale della Direzione Aziendale e viene esercitata nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari e socio-sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati accreditati.

La funzione di "produzione" dei servizi e di organizzazione e gestione delle risorse è affidata alle Direzioni dei Dipartimenti.

L'Azienda USL di Rimini è articolata territorialmente in due Distretti ed è organizzata per Dipartimenti ospedalieri e territoriali.

Il Dipartimento Amministrativo si articola in Servizi che al loro interno si strutturano per Unità Operative, incarichi dirigenziali e posizioni organizzative :

- Servizio Giuridico-Economico
- Servizio Risorse Strutturali e Tecnologiche
- Servizio Strutture Ospedaliere e Territoriali (Presidio Ospedaliero di Rimini – Santarcangelo di Romagna – Novafeltria e Presidio Ospedaliero di Riccione- Cattolica; Dipartimento Cure Primarie; Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; Dipartimento Sanità Pubblica)

- AREE DI RESPONSABILITÀ DEL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

- Garantisce, di concerto con la Direzione Amministrativa Aziendale, lo svolgimento della valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dell'attività svolta dai Servizi.
- Elabora, nel rispetto delle linee definite dalla direzione aziendale ed indicate nel Piano delle Azioni, il piano annuale degli obiettivi risultanti dal processo di budgeting.
- Verifica il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori di Servizio col supporto della U.O. Controllo di Gestione.
- Analizza e verifica la metodologia di lavoro, i sistemi operativi e l'utilizzo delle risorse assegnate ai servizi per omogeneizzare ed ottimizzare le procedure e far fronte anche a nuove esigenze per il perseguimento degli obiettivi fissati.
- Seleziona e pianifica le iniziative per il miglioramento dell'integrazione dei Servizi e della diffusione delle informazioni.
- Attiva gruppi di miglioramento e ne individua i responsabili.
- Definisce e promuove l'adozione di modelli e procedure organizzative ritenute più coerenti e pertinenti alle caratteristiche del Dipartimento Amministrativo e, funzionali sia al raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi che alle necessità delle attività assistenziali.
- Contribuisce alla definizione del piano di formazione dei Servizi e assegna le relative risorse.
- Propone alla Direzione Aziendale, sentito il Direttore di Servizio di competenza, l'individuazione, l'attivazione, la configurazione organizzativa e la missione di nuove Unità Operative, di nuove strutture semplici e di nuove posizioni organizzative.
- Componente del Comitato del Dipartimento Amministrativo

ASSETTO ORGANIZZATIVO E MAPPA DELLE STRUTTURE DISTRETTUALI

Scenario

Nell'ambito della più ampia riorganizzazione dell'assistenza sanitaria il ruolo del Distretto, quale articolazione territoriale dell'Azienda, assume una valenza strategica. Tale nuovo ruolo si configura partendo dai principi di fondo assunti dal vigente Piano Sociale e Sanitario Regionale, che promuove modalità di programmazione sanitaria fondate sui bisogni di salute piuttosto che sul dimensionamento dei servizi.

I piani di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale hanno condotto ad una più ampia consapevolezza dei problemi sanitari e sociali da affrontare chiamando a concorso tutti gli attori ai vari livelli di competenza (amministrazioni locali, privato sociale, associazionismo, comunità più ampiamente intese), per il conseguimento di obiettivi di salute che richiedano una forte integrazione ed una visibile e coordinata rete di interventi.

Da questo punto di vista il Distretto rappresenta il luogo fisico nell'ambito del quale vengono ad essere esercitate le funzioni di committenza, produzione di servizi, integrazione. La legge 29/2004 istitutiva del SSR e la legge 27/2004 assegnano al Distretto, l'una il presidio della salute nel territorio di pertinenza, l'altra la gestione del Fondo Regionale della Non Autosufficienza. In tale accezione il Distretto viene inteso come Territorio, in cui i bisogni di salute si traducono in bisogni di servizi e questi in assistenza che vede i punti cardine nell'accessibilità, nella continuità di cura, nei percorsi, nel rilancio del ruolo della comunità, nella valorizzazione delle professionalità. Il Distretto è dunque l'ambito in cui le comunità locali trovano lo spazio istituzionale per esprimere fino in fondo il loro ruolo, nel Distretto il bisogno diventa domanda che si traduce in servizio organizzato ed integrato, dove lo sviluppo dell'appropriatezza si coniuga con l'esigenza di utilizzare le risorse per ciò di cui le persone hanno maggiormente bisogno, coinvolgendo in questo percorso la componente professionale attraverso il governo clinico.

In tale ambito si esplica e si valorizza il ruolo assegnato ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie protagonisti del nuovo assetto dell'assistenza primaria rappresentato dalla istituzione delle Case della Salute e dei Nuclei di Cure Primarie nel territorio provinciale per favorire l'accesso dei cittadini, l'utilizzazione dei servizi assistenziali e riabilitativi e la promozione della salute.

CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DELL'ASSETTO DISTRIBUTIVO DEI SERVIZI E/O ATTIVITA' DISTRETTUALI

A partire dalla approvazione del nuovo P.S.S.R., che prevede una razionalizzazione degli strumenti di programmazione, il Piano delle Attività Territoriali avrà cadenza annuale, quindi la dimensione strategica anche a livello sub-aziendale sarà realizzata con altri strumenti di pianificazione.

A) Aree territoriali omogenee sulla base della convergenza di alcuni indicatori demografici:

Sulla scorta di alcune caratteristiche demografiche possiamo suddividere il territorio afferente ai Distretti di Rimini e Riccione in alcune Aree territoriali sulla base di caratteristiche che non rispondano solo a confini istituzionali ma prioritariamente a quelli disegnati dalle caratteristiche demografiche.

Tali caratteristiche attengono fondamentalmente a quantità di popolazione residente, densità abitativa, indici di vecchiaia, tassi di natalità, percentuale di famiglie monocomponenti.

- Una **prima Area** concerne l'ambito cittadino: tale area è caratterizzata da forte densità abitativa, un alto indice di vecchiaia, una alto tasso di famiglie monocomponenti
- Una **seconda Area** concerne il livello collinare: tale area si contraddistingue per una densità abitativa inferiore a quella cittadina, indici di vecchiaia complessivamente meno elevati e con zone di ampio sviluppo produttivo, e demografico, famiglie monocomponenti con percentuale relativamente più bassa rispetto all'area urbana

- Una **terza Area** concerne l'area costiera: tale area si caratterizza per una forte presenza di attività turistica, presenza di domanda di servizi che risente della stagionalità, soprattutto nell'ambito dell'urgenza - emergenza, picchi di richiesta da parte della popolazione residente coincidenti con le immediate vicinanze dei periodi estivi, natalizi e pasquali.

B) Tipologia delle attività

Oltre alla funzione di committenza e di integrazione, nel Distretto viene garantita la funzione di "produzione di assistenza primaria", che viene esercitata attraverso una struttura organizzativa complessa denominata Dipartimento delle Cure Primarie nel quale trovano rappresentazione specifiche linee di produzione di attività/ prestazioni/ servizi chiaramente identificabili e integrate con le altre articolazioni organizzative dell'Azienda, o con altre Istituzioni, come nel caso di prestazioni socio sanitarie.

Possiamo quindi inquadrare da un punto di vista produttivo, la assistenza primaria come composta da tre principali aree di intervento specifiche:

- La medicina del territorio
- La assistenza pediatrica, psicologica, e di tutela dei minori
- La assistenza alla disabilità adulta e anziana nelle diverse articolazioni di: continuità assistenziale ospedale-territorio (Strutture Intermedie, Strutture residenziali e semiresidenziali, domicilio) , diagnosi e terapia dei disturbi cognitivi, assistenza riabilitativo – protesica, supporto sociale per la disabilità fisica adulta e la popolazione anziana non autosufficiente.

C) Accessibilità dei Servizi/ attività

L'accessibilità è il principale fattore che determina l'utilizzo dei servizi sanitari. Disponibilità e utilizzo sono elementi collocabili ai due estremi del processo della ricerca e ottenimento di assistenza, definiscono cioè i confini del processo ma non sono sufficienti a spiegarne le dinamiche.

Ciò premesso, primo elemento di cui tener conto è la "accessibilità geografica," in parte strettamente legata a quella urbanistica e quindi ai tempi medi di percorrenza per il raggiungimento delle sedi erogative ed in parte alla connotazione geografica del territorio medesimo.

Il principio di base è di non far muovere il cittadino se non per ricevere prestazioni di relativa alta specializzazione la cui qualità è garantibile solo se l'offerta è concentrata in punti della rete attrezzati professionalmente e tecnologicamente allo scopo; di far muovere gli operatori verso i cittadini per quelle tipologie di assistenza definite come rilevanti in termini di bisogno di salute e di qualità di vita (es. assistenza domiciliare) e per le quali spesso non rendere disponibile il servizio in prossimità dell'utilizzatore determina di fatto una "non assistenza". (utilizzo della rete)

D) Nuclei di Cure Primarie e Case della Salute

In applicazione agli accordi regionali 2005 e seguenti sono stati individuati e strutturati i NCP come accorpamento dei professionisti delle cure primarie operanti su un determinato territorio.

Nell'Azienda USL Rimini sono stati costituiti 19 NCP, nei quali operano 235 MMG e 47 PLS in stretta integrazione con gli altri professionisti delle cure primarie e degli altri dipartimenti territoriali.

L'attività all'interno dei NCP è sostanzialmente imperniata su una intensa attività di incontro tra i MMG e altri professionisti aziendali (in particolare ospedalieri) per la discussione e la revisione dei percorsi clinico - organizzativi, per il monitoraggio dell'appropriatezza, per la discussione di linee guida terapeutiche e diagnostiche.

Ancora in fase iniziale sono gli sviluppi di attività assistenziali svolti dai MMG nei confronti degli assistiti di NCP.

Servizi infermieristici ambulatoriali rivolti a tutti i pazienti di NCP per terapia iniettiva e medicazioni sono invece presenti nelle sedi di 15 NCP su 19. Dal secondo semestre 2012 a

tutt'oggi è attivo un ambulatorio infermieristico per la gestione attiva del paziente diabetico che progressivamente coinvolge tutti i NCP dell'Azienda, finalizzato alla diagnosi precoce delle complicanze.

In un NCP si sta realizzando il progetto regionale per la lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare, con chiamata attiva dei pazienti, in ottemperanza alle indicazioni regionali contenute nel Piano di Prevenzione Regionale.

L'incremento dell'apertura - fino a 10 ore - dell'attività ambulatoriale all'interno dei NCP è stata principalmente perseguita attraverso il reciproco coordinamento degli orari di ambulatorio dei singoli MMG componenti il NCP (e non attraverso il prolungamento oltre la 6° ora dell'apertura dei singoli ambulatori, riconosciuta esclusivamente alle medicine di gruppo e solo fino alla 7° ora).

Il collegamento in rete informatizzata orizzontale tra i MMG, oltre alle varie esperienze di medicina di rete diffuse su tutto il territorio aziendale, consente l'accesso in tempo reale ad informazioni cliniche ed anamnestiche utili per una migliore risposta ai bisogni del cittadino.

L'incremento dell'attività ambulatoriale di medicina generale è stata inoltre realizzata attraverso un servizio ambulatoriale, attivo dal 2010, svolto da medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi presso le sedi di 8 NCP (Rimini, Bellaria, Santarcangelo, Novafeltria, Riccione, Morciano).

Il quadro riassuntivo delle attività di NCP è visualizzato in tabella 1.

NCP	Rete inform. NCP	Apert. ambul. Prefest-festivo	Amb. Infermier. di NCP	Amb. Inferm. Diabete	Erogaz. diretta farmaci	CUP
1. "NCP Centro Storico Cavour"		SI	SI	SI		SI
2. "NCP Centro Storico Marecchiese"		SI	SI	SI		SI
3. "NCP Tripoli-Lagomaggio"			SI	SI	SI	SI
4. "NCP Marina"			SI	SI	SI	SI
5. "NCP AUSA – Covignano"				SI		
6. "NCP San Giuliano-Viserba"		SI	SI	SI		SI
7. "NCP Rimini Nord"				SI		
8. "NCP Miramare – Rimini SUD"			SI	SI		SI
9. "NCP Bellaria"	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10. NCP Santarcangelo- Verucchio"		SI	SI	SI	SI	SI
11. NCP Alta Val Marecchia	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12. "NCP S.Lorenzo-Alba-Marano"		SI	SI	SI	SI	SI
13. " NCP Porto Canale-Centro-Paese"		SI	SI	SI	SI	SI
14. "NCP Abissinia-Fonatanelle"		SI	SI	SI	SI	SI
15. "NCP Misano"	SI			SI		
16. "NCP Coriano"			SI	SI	SI	SI
17. "NCP S. Giovanni"				SI		
18. "NCP Cattolica"			SI	SI	SI	SI
19. "NCP Morciano"	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Tab. 1. situazione NCP Ausl Rimini al 2012

Sono state istituite 4 Case della Salute caratterizzate da una più stretta integrazione dei servizi presenti: una di tipologia media, nel comune di Morciano (recentemente visitata e valutata positivamente dalla Commissione Regionale), e tre di tipologia piccola situate a Bellaria, Santarcangelo e Coriano in fase di adeguamento strutturale.

E' stato perseguito un buon sistema di relazioni tra la AUSL e le OO.SS dei MMG e PLS, costantemente improntato alla ricerca di collaborazione e di condivisione degli indirizzi e di obiettivi rilevanti per la sostenibilità economica del sistema sanitario: tale impegno si è

concretizzato nella firma di Accordi Locali con le OOSS della Medicina Generale ed i PLS per l'intero periodo 2004-2013.

Gli obiettivi prioritari degli accordi sono rappresentati dalla presa in carico del paziente cronico, con particolare riferimento ai pazienti diabetici ed in T.A.O., dal perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico, specialistico e di degenza, dallo sviluppo e dal governo dell'informatizzazione, della prevenzione, della sostenibilità economica.

Con le OO.SS. dei medici di Continuità Assistenziale è stato firmato l'accordo nell'anno 2012 ed è tuttora vigente. Per l'organizzazione del servizio prefestivo festivo e notturno è stato adottato un documento che delinea le modalità organizzative relative all'espletamento del servizio stesso

Attualmente il 100% dei MMG e dei PLS è oggi collegato al progetto Sole. Tutti i MMG sono accomunati dall'utilizzo della stessa **cartella informatica** (Doctor2001), concepita quale strumento di governo della medicina generale e pertanto sistematicamente aggiornato con la supervisione diretta del Dipartimento Cure Primarie sia nei contenuti che nell'architettura tramite un gruppo di lavoro dedicato.

E' stato attivato il servizio di autenticazione del cittadino al proprio **Fascicolo Sanitario elettronico** per tutti i cittadini della provincia da parte del personale amministrativo degli Sportelli Unici. E' stato inoltre attivata la gestione centralizzata del **consenso informato**. Al 31/12/2011 il 100% dei MMG aveva inviato i consensi registrati sulla propria cartella per il popolamento dell'anagrafe aziendale.

Gli **indici di performance del livello di utilizzo della rete Sole** mostrano un ottimo livello raggiunto su tutti i parametri: dimissioni ospedaliere, referti di PS, laboratorio, specialistica ecc...).tranne che per la percentuale di prenotazioni che registra ancora una criticità in via di risoluzione..

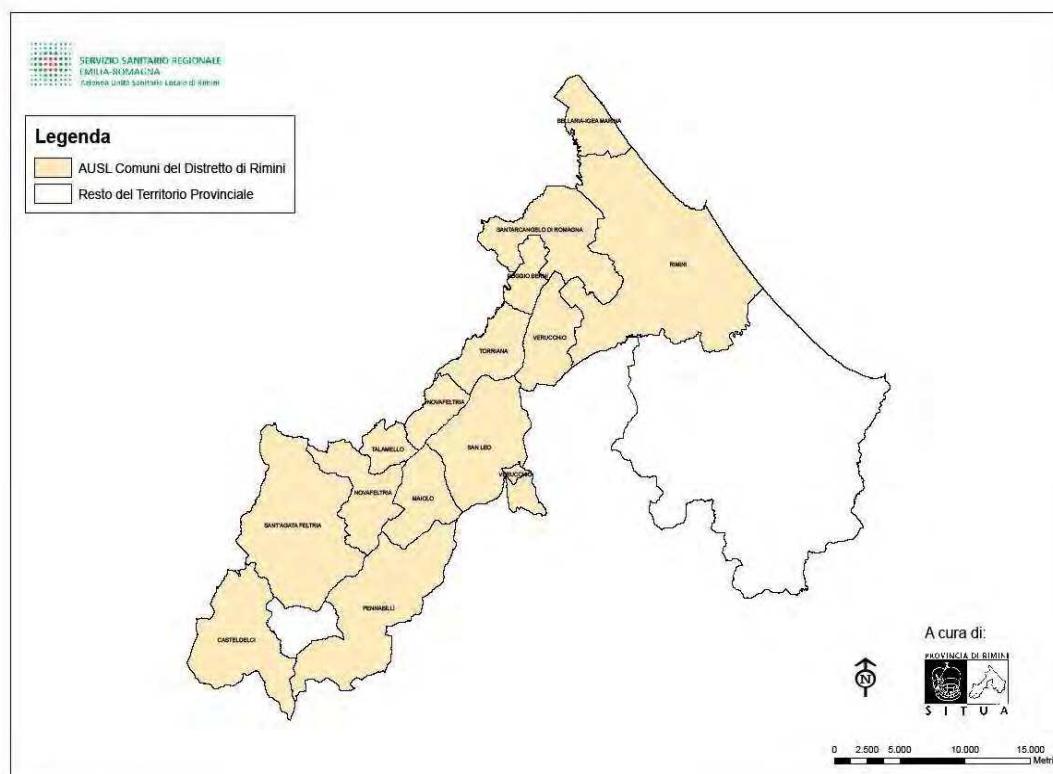
Per quanto riguarda i Pediatri di Libera scelta (PLS), coerentemente con l'attenzione aziendale verso un più efficace governo dell'informatizzazione, i PLS hanno tutti adottato la stessa cartella ambulatoriale (Infanzia), ad eccezione di due PLS che hanno adottato la cartella Junior bit.

Dal 2012 il **Registro Provinciale della Patologia Diabetica** è stato aggiornato attraverso una manutenzione attiva in collaborazione con i MMG; parallelamente è stato avviato efficacemente l'ambulatorio a chiamata attiva dei pz. diabetici per la prevenzione delle complicanze della patologia.

I MMG sono stati coinvolti attivamente nel percorso senologico attualmente applicato in tutta l'Azienda.

Sedi di erogazione dei servizi del Dipartimento Cure Primarie

Distretto di Rimini



Rimini: Via Circonvallazione Occ.le, 57 (sede principale per il Distretto di Rimini)

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Assistenza domiciliare integrata e Punto Unico per l'accesso alle Cure domiciliari
- Ambulatorio infermieristico
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Ambulatorio per pazienti extracomunitari irregolari (STP)
- Assistenza domiciliare integrata e Punto Unico per l'accesso alle Cure domiciliari
- Servizi sociali per anziani
- Telesoccorso e Nucleo fragilità
- Unità di Valutazione Geriatrica

Rimini: Via Settembrini, 2 presso ospedale "Infermi"

- Punto prelievi per esami particolari
- Ambulatorio infermieristico
- Poliambulatorio specialistico territoriale

Rimini: Via Coriano, 38

- Servizio di vaccinazioni pediatriche
- Servizi sociali per disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizi di erogazione protesi ed ausili
- Ambulatorio fisiatrco
- Servizio di Pediatria di Comunità

Rimini: Via XXIII Settembre

- Attività consultoriali

Santarcangelo: Via Pedrignone, 1 presso ospedale "Franchini"

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso diretto
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani, disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Poggio Berni: Stabile Camelia - Via delle Viole 1/b

- Ambulatorio infermieristico

Bellaria: Piazza del Popolo, 1

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Ambulatorio per urgenze h 12
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Ambulatorio infermieristico
- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani, disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Verucchio: Via Monte Ugone, 5

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- Ambulatorio M.M.G..

Villa Verucchio: Piazza Borsalino, 17

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani, disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di vaccinazioni pediatriche
- Ambulatorio M.M.G..

Miramare di Rimini: Via Locatelli

- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- CUP

Miramare di Rimini: Piazza D. Raggi, 2

- CUP

Novafeltria: Piazza Bramante, 10

- Servizi di front office
- Assistenza integrativa
- Unità di Valutazione Geriatrica
- Assistenza domiciliare integrata e Punto Unico per l'accesso alle Cure domiciliari

- Servizio di vaccinazioni pediatriche
- Attività di psicologia clinica

Novafeltria: Via XXIV Maggio, 172 presso Ospedale "Sacra Famiglia"

- CUP
- Cassa
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Ambulatorio infermieristico
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Attività consultoriali

Sant'Agata Feltria: Via Del Lavatoio

- Punto prelievi ad accesso diretto

Pennabilli: Piazza Montefeltro, 3

- Punto prelievi ad accesso diretto

Casteldelci: Via Castello, 5

- Punto prelievi ad accesso diretto

Perticara: Via Leopardi, 5

- Punto prelievi ad accesso diretto

Secchiano Marecchia: Piazza Cappelli

- Punto prelievi ad accesso diretto

Pietracuta: Via Umberto I°, 58

- Punto prelievi ad accesso diretto

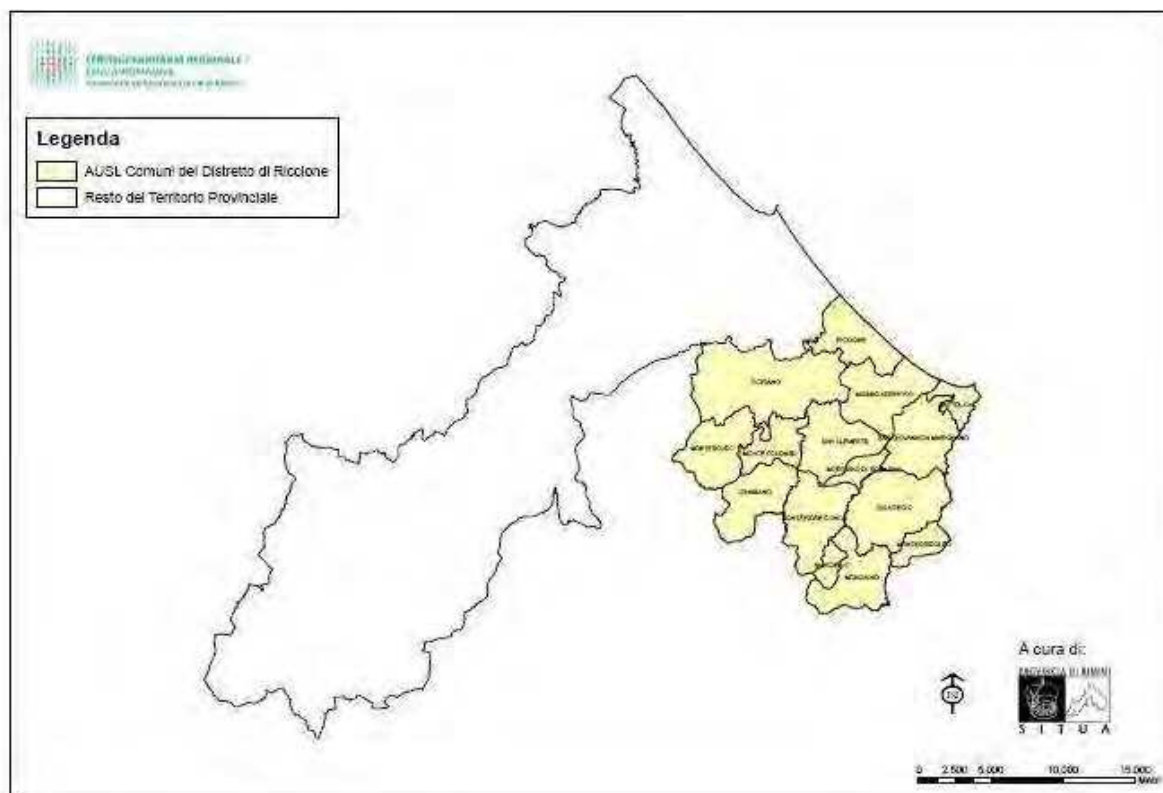
San Leo: Via M. Rosa, 1

- Punto prelievi ad accesso diretto

Montemaggio: Via Montemaggio, 3

- Punto prelievi ad accesso diretto

Distretto di Riccione



Riccione: Via San Miniato, 16 (sede principale per il Distretto di Riccione)

- Direzione di Dipartimento
- Servizi di front office
- Assistenza integrativa
- Assistenza domiciliare integrata e Punto Unico per l'accesso alle Cure domiciliari
- Attività consultoriali
- Attività di psicologia clinica
- Servizi di deposito ed erogazione protesi ed ausili
- Servizi sociali per anziani disabili e minori
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Riccione: Via Frosinone,1 presso ospedale "Ceccarini"

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Punto prelievi ad accesso diretto
- Ambulatorio infermieristico
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Sede di stationamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale

Cattolica: Via Beethoven, 1 presso ospedale "Cervesi"

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso diretto
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Sede di stationamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna

Cattolica: Piazza della Repubblica, 1

- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Misano Adriatico: Viale Settembrini,

- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Morciano: Via Arno, 40

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Casa della salute con presenza di una medicina di gruppo di medicina generale all'interno della struttura USL e di un Pediatra di libera scelta.
- Ambulatorio infermieristico
- Ambulatorio di Continuità Assistenziale
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di distribuzione diretta dei farmaci
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Coriano: Via Della Pace

- Servizi di front office, CUP e Cassa
- Assistenza integrativa
- Punto prelievi ad accesso su prenotazione CUP
- Poliambulatorio specialistico territoriale
- Presenza di una medicina di gruppo di medicina generale all'interno della struttura USL
- Sede di stazionamento dei medici di guardia prefestiva, festiva e notturna
- Attività consultoriali
- Servizi sociali per anziani disabili e minori
- Attività di psicologia clinica
- Servizio di distribuzione diretta dei farmaci
- Servizio di vaccinazioni pediatriche

Sedi di erogazione dei servizi del Dipartimento Salute Mentale

Distretto di Rimini

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE Via Asili Baldini, 23 Rimini				
	U.O N.P.I.			
	Via Coriano, 38 Via XXIII Settembre Via Montiano, 14 (Logopedia)	P.zza Suor Angela Molari,3	P.zza del Popolo,1	Villa Verucchio Via Monte Ugone, 5
Attività specialistica NPI, logopedia, fisioterapia	Attività specialistica NPI, logopedia, fisioterapia	Attività specialistica NPI, logopedia	Attività specialistica NPI, logopedia	Attività specialistica NPI, logopedia
Strutture: Comunità Terapeutica I Tigli	Via D'Azeglio, 15 Rimini			
	U.O.Centro Salute Mentale			
	Via Asili Baldini, 23	Santarcangelo – Via Pedignone, 3	Bellaria Igea Marina -P.zza Del Popolo, 1	Verucchio – Via Monte Ugone, 5
Attività ambulatoriale psichiatrica, infermieristica	Attività ambulatoriale psichiatrica, infermieristica	Attività ambulatoriale psichiatrica, infermieristica	Attività ambulatoriale psichiatrica, infermieristica	
funzioni di assistenza sociale	funzioni di assistenza sociale	funzioni di assistenza sociale	funzioni di assistenza sociale	
Strutture:				
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Canuti, 10			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Galilei, 17			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Retta, 1			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Vicolo Levizzani, 9			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Delle Rose, 6			
Residence Carioca	Via Dati			
CD "I Girasoli"	Via Guerrieri, 1			
Casa delle Associazioni	Via Guerrieri, 1			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Canuti, 10			
Gruppo Appartamento Psichiatrico	Via Galilei, 17			
Residenza Psichiatrica RTP "Il Glicine"			Viale Pinzon 324 - Igea Marina	
SS Disabilità Mentale e Disagio Psicosociale	Via Coriano 38 Rimini	Via Pedignone, 3 Santarcangelo	P.zza del Popolo Bellaria	Villa Verucchio - Piazza Borsalino
Sostegno psicologico, funzioni di assistenza sociale		Funzioni di assistenza sociale	funzioni di assistenza sociale	funzioni di assistenza sociale
	U.O. SERT			
	Via Tonti 40 - Via Settembrini	Via Santa Cristina n. 19		
Centro Alcológico	V.le Regina Margherita 25			

Strutture ubicate nei Comuni dell'Alta Valmarecchia (appartenenti al Distretto di Rimini)

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

U.O.N.P.I.

Attività Specialistica NPI e Logopedia: presso Ospedale "Sacra Famiglia" Via XXIV Maggio, 174 - Novafeltria

U.O. CENTRO SALUTE MENTALE

Attività Ambulatoriale psichiatrica e infermieristica: presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

Funzioni di assistenza sociale: presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

M.O. Handicap adulto: presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

Sostegno psicologico e funzioni di assistenza sociale: presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

U.O. SERT

presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

Centro Alcológico: presso Ospedale "Sacra Famiglia" via XXIV Maggio – Novafeltria

Distretto di Riccione

SETTORI / SERVIZI	SEDI EROGATIVE			
	BACINO DI UTENZA: COMUNI DI RICCIONE, MISANO A.	BACINO DI UTENZA: COMUNI DI CATTOLICA E S.GIOVANNI	BACINO DI UTENZA: COMUNI DI CORIANO, MONTECUSO, MONTECOLOMBO	BACINO DI UTENZA: COMUNI DI MORCIANO, MONTEFIORE C, MONTEGRIDOLFO, MONDAINO, SALUDECIO, GEMMANO, S.CLEMENTE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE Via San Miniato, 16 Riccione				
U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE				
Attività specialistica NPI, logopedia, fisioterapia	P.zza Unità, 10 - Riccione Via Settembrini, 3 - Misano	P.zza della Repubblica, 10	Via Fleming, 4	Via Arno, 40
Attività psicomotricità'	Via Sardegna 9 -Riccione			
Centro Salute Mentale				
Attività ambulatoriale Psichiatrica, Infermieristica, assistenza sociale	Via Cortemaggiore,6	P.zza della Repubblica,10		Via Arno, 40
D.H. Psichiatrico	Via Veneto- Riccione			
Gruppi Appartamento	N° 2 gruppi: Via Asmara, 1/A Riccione - Via Brindisi, 3 Riccione			
Servizio Integrato Disagio Psico-Sociale e Disabilità Mentale				
Assistenza psicologica e sociale	P.zza Unità,10 Riccione	P.zza della Repubblica,10 Cattolica	Via Fleming, 4 Coriano	Via Arno. 40 Morciano
U.O. Dipendenze patologiche				
Attività clinico- assistenziali	Viale Sardegna n. 9 -Riccione			

OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

3

Note di sintesi: obiettivi istituzionali e strategie aziendali

L'Azienda USL di Rimini nell'anno 2008 ha rivisto il proprio Atto Aziendale alla luce delle indicazioni e degli atti regionali, recependone in maniera formale le indicazioni strategiche, in particolare con riferimento ai temi della riorganizzazione del sistema dei servizi sociali e sanitari, in una prospettiva di integrazione degli stessi e di rinnovato rapporto con gli enti locali che individua nella promozione della partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali gli strumenti di maggior rilievo.

Il sistema che ne risulta si fonda su tre presupposti:

- ⇒ l'articolazione a rete di un sistema di interventi e servizi sanitari ed assistenziali in grado di accogliere, orientare, accompagnare e sostenere il cittadino nel suo percorso, riconoscendone le specificità ed organizzando su queste la risposta assistenziale, secondo una logica di appropriatezza, di complementarietà e di continuità degli interventi;
- ⇒ l'integrazione, professionale ed interdisciplinare, da intendersi quale strumento adeguato a garantire risposta a bisogni complessi ed interdipendenti, in quanto in grado di generare valore aggiunto nella relazione di cura ed assistenziale, laddove si sostanzia di una reciprocità che non confonde, ma arricchisce le differenti specificità e tende, non solo all'eccellenza del singolo atto professionale ma soprattutto al miglior risultato complessivo;
- ⇒ la valorizzazione e lo sviluppo di autonomia e responsabilità professionali, quali strumenti aventi la potenzialità di determinare la qualità tecnico-professionale dell'atto di cura ed assistenziale.



Le strategie che attengono alla realizzazione di questi obiettivi sono delineate nei documenti di programmazione regionale (Piano Sociale e Sanitario Regionale), provinciale (Atto triennale di indirizzo e coordinamento), distrettuale (Piani di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e Piano attuativo Annuale), aziendale (Piano Strategico) e possono essere così sinteticamente riassunte:

- sviluppo di politiche di salute che mirano ad integrare gli interventi di promozione della salute, nelle sue componenti di prevenzione, educazione e responsabilizzazione (empowerment) dei cittadini, con gli interventi di diagnosi, terapia e riabilitazione;
- sviluppo dei servizi, attraverso il consolidamento dell'offerta, la qualificazione tecnica, l'innovazione tecnologica ed il miglioramento della qualità della assistenza;
- miglioramento dell'accessibilità ai servizi attraverso la semplificazione delle procedure e garanzie di universalità ed eguaglianza.

3.1 CENTRALITA' DEL CITTADINO (Trasparenza e partecipazione)

"L'Azienda USL di Rimini riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi. A tal fine assicura la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi, tutela dei diritti degli utenti, nel rispetto della L.R. 19/1994, artt. 15 e 16 e del D.Lgs. 502/1992 di riforma e succ. Gli strumenti organizzativi con cui viene effettivamente assicurata tale partecipazione sono: la Carte dei Servizi, l'URP, il sistema di gestione dei reclami, i Comitati Consultivi Misti. La Carta dei Servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda e i cittadini. L'U.R.P., Ufficio Relazioni con il Pubblico, verifica, all'interno del sistema qualità dell'Azienda, la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando idonei e adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il sistema di gestione dei reclami si svolge attraverso procedure predefinite sulla base di apposito regolamento di pubblica tutela. I Comitati Consultivi Misti sono costituiti presso le strutture per favorire la partecipazione al processo decisionale della azienda con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi; la loro costituzione ed il loro funzionamento sono disciplinati con apposito regolamento."

Fondamentale appare il ruolo dei **Comitati Consultivi Misti**, i quali operano in autonomia svolgendo una funzione di valutazione e stimolo dei servizi, essenziale per un reale sviluppo dei medesimi in relazione alle necessità dei cittadini. Temi in riferimento ai quali i CCM hanno fornito un importante contributo sono stati:

- La comunicazione medica/sanitaria tra Ospedale e Territorio
- La qualità percepita nei Reparti di degenza
- La gestione del dolore nell'AUSL di Rimini
- Percorsi Oncologici AUSL di Rimini: revisione dei materiali informativi per i pazienti
- Prospettive future per la sanità della Provincia di Rimini
- La gestione del paziente con disturbi del comportamento nei reparti di degenza
- Tutela e gestione della privacy nell'Azienda USL Rimini
- Gestione delle liste d'attesa per visite fisiatriche e riabilitazione ambulatoriale

3.2 PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI ALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Gli Enti Locali svolgono un ruolo determinante nell'ambito degli strumenti di programmazione distrettuale costituiti dai Piani di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale e dall'Atto di indirizzo e coordinamento triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; questi documenti trovano poi concreta applicazione nel Programma Attuativo Annuale, nel Piano Strategico triennale e nel Piano annuale delle azioni.

La funzione di governo del sistema pubblico di Welfare regionale e locale

La responsabilità primaria è della Regione e degli Enti Locali i quali devono assicurare, in modo unitario e integrato, la funzione di governo (programmazione, regolazione e verifica dei risultati) del sistema.

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti Locali hanno organizzato l'esercizio di questa funzione primaria si è venuto consolidando attorno a due direttrici: la centralità del ruolo della Regione nel governo del servizio sanitario; la centralità del ruolo degli Enti Locali, in riferimento all'art. 118 della costituzione, nel governo degli interventi e dei servizi sociali.

Queste due direttrici sono all'origine dello sviluppo di due diverse forme di integrazione istituzionale. La prima fa riferimento allo sviluppo ed al consolidamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e del Comitato di Distretto, individuati dalla legislazione Regionale (L.R.2/2003 e L.R. 29/2004), quali strumenti di raccordo istituzionale tra gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie.

La seconda riguarda lo sviluppo delle forme associative tra gli Enti Locali (associazioni intercomunali, unioni di comuni, consorzi, ecc.) per l'esercizio di funzioni e servizi anche in campo sociale. Si tratta di forme associative dotate di personalità giuridica (ad eccezione delle associazioni intercomunali la cui attività è regolata da convenzione ai sensi dell'art. 30 del d.lgs. 267/2000) costituite su base volontaria.

Tali forme associative hanno ricevuto nuovo impulso attraverso la L.R. 21/2012, che in materia di riordino territoriale ha semplificato l'intero sistema regionale locale e ha previsto la riorganizzazione delle amministrazioni comunali in "Ambiti ottimali" per la gestione associata delle funzioni e dei servizi ai cittadini.

I principi del sistema istituzionale integrato.

Anche attraverso l'esperienza dei piani sociali e dei piani per la salute, nonché a seguito dell'ampio confronto che si è sviluppato a livello regionale e territoriale emerge una comune condivisione dei principi ai quali occorre ispirare l'assetto istituzionale integrato di governo del sistema.

Tali principi sono:

- la centralità degli Enti Locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari a rete;
- la separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- l'individuazione della zona distrettuale quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo, di committenza e per l'organizzazione associata delle funzioni amministrative ad essa collegata.

Questi principi consentono, nel quadro normativo vigente, di disegnare un assetto istituzionale di governo coerente ed omogeneo.

Attraverso la **Conferenza territoriale sociale e sanitaria** (CTSS), la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'AUSL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio - sanitarie.

La CTSS infatti:

- partecipa al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali, esprime parere sui piani annuali di attività delle AUSL, sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie e delle ASP e sui bilanci delle Aziende Sanitarie;
- promuove e coordina la stipula da parte dei Comitati di Distretto degli accordi in materia di integrazione socio - sanitaria previsti dai Piani di zona;
- partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi sanitari e della loro razionale distribuzione territoriale, individua gli ambiti distrettuali e assicura l'equa distribuzione delle risorse tra i distretti;
- indica le priorità di salute e gli obiettivi su cui concentrare gli interventi a livello distrettuale, verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Gli obiettivi che si intende perseguire sono:

- la valorizzazione del ruolo della CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali;
- la semplificazione e l'armonizzazione degli strumenti di programmazione che incidono sullo stesso ambito territoriale;
- lo sviluppo di una identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

A LIVELLO DISTRETTUALE

Il tema della semplificazione e integrazione degli strumenti di programmazione presenta a questo livello una connotazione specifica rispetto agli altri livelli di governo, e ciò in considerazione delle rilevanti novità normative, istituzionali e culturali che hanno inciso fortemente sul contesto locale. In particolare semplificare gli strumenti di programmazione distrettuale significa ripensarli coerentemente all'obiettivo di consolidare e semplificare il sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione socio sanitaria in ambito distrettuale. La finalità è quella di "attrezzare" tale sistema a svolgere meglio le funzioni attribuite dalle leggi regionali in campo sociale, sociosanitario e sanitario, nonché le funzioni proprie dei Comuni.

In particolare è opportuno qui richiamare quelle derivanti da:

- la gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA);
- la definizione e attuazione del sistema dell'accreditamento;
- la regolamentazione omogenea del sistema di compartecipazione alla spesa, anche attraverso lo strumento dell'ISEE;
- il processo di riordino delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) per la produzione dei servizi e la distinzione di tali funzioni da quelle di indirizzo e regolazione.

Per l'esercizio delle funzioni connesse a questi temi i Comuni individuano, ai sensi dall'art.16 della LR 2/2003, lo strumento, di ambito distrettuale, che consenta di esercitare al meglio le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Alla luce di queste valutazioni e indicazioni, si possono individuare, come trasversali all'insieme delle funzioni sopra richiamate, due funzioni a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie:

- una funzione di governo, relativa alla programmazione (che comprende l'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, al processo di riordino delle ASP;
- una funzione tecnico - amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio - sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione).

La scelta del nostro territorio è stata chiara e decisa, stringere un patto più forte fra Enti Locali ed Azienda USL della Provincia di Rimini, tendente a salvaguardare:

- la titolarità delle competenze sociali da parte dei Comuni
- l'integrazione socio-sanitaria
- il contenimento dei costi

Nell'anno 2013 in linea con il passato e nel rispetto delle competenze dei diversi attori che intervengono nella gestione e che sono chiamati a lavorare insieme per uno scopo comune, riconoscendo il ruolo di indirizzo, programmazione e controllo degli enti Locali, l'indiscusso ruolo tecnico dell'AUSL ed il prezioso contributo del Terzo Settore:

- venti Comuni della Provincia di Rimini, in forma singola o associata, hanno confermato la delega all'AUSL della gestione di attività o servizi che presentavano omogeneità per area d'intervento ed ambito territoriale, pur mantenendo la titolarità della funzione sociale e quindi un ruolo di regia in rapporto a atti di indirizzo, scelte di priorità, collocazione delle risorse, facoltà/dovere di esercitare il controllo sull'attività;
- in ogni ambito distrettuale è stata attuata una gestione associata e integrata delle funzioni di programmazione e regolazione del sistema socio-sanitario e delle attività di gestione di servizi ed interventi socio-sanitari con particolare riguardo all'area della non autosufficienza finanziata attraverso l'FRNA.

In questo contesto è stato valorizzato il ruolo rilevante del Comitato di Distretto che, oltre ad approvare il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, ha definito obiettivi, individuato strategie ed azioni, effettuato processi di valutazione complessiva dei risultati della gestione.

Nel tentativo di migliorare la qualità dei servizi alla persona e le forme d'integrazione tra Enti Locali e AUSL uniformando sull'intero territorio provinciale i percorsi in essere, in contemporanea, si è avviato un ragionamento finalizzato a recepire i cambiamenti registrati sul territorio ed introdotti dalle evoluzioni normative intervenute, quali:

- L.R. n. 17/2009: "Misure per l'attuazione della Legge 3 agosto 2009, n. 117, concernente il distacco dei comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello dalla Regione Marche e loro aggregazione alla Regione Emilia Romagna";
- D.L. n. 95/2012: "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";
- L.R. n. 21/2012: "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- L.R. n. 12/2013: "Disposizioni ordinarie e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona";
- L.R. n. 22/2013: "Misure di adeguamento degli assetti istituzionali in materia sanitaria. Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Partecipazione della Regione Emilia-Romagna all'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico "Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori" S.r.l.".

Il ragionamento avviato si è concretizzato nel 2013 nelle seguenti azioni:

- sottoscrizione di una convenzione tra la Comunità Montana Alta Valmarecchia e AUSL per la gestione integrata del Servizio Tutela Minori dell'Alta Valmarecchia;
- in recepimento delle decisioni assunte nell'ambito dell'incontro congiunto tra il Comitato di Distretto di Rimini ed il Comitato di Distretto di Riccione del 12.12.2012, al fine di approfondire il tema dell'eventuale ritiro delle deleghe dei servizi sociali, attivazione di tre tavoli tecnici di lavoro, volti ad approfondire per ciascun servizio/attività sociale e socio-sanitaria i seguenti aspetti: individuazione e modalità di affidamento dei servizi (tavolo gare/appalti), risorse umane impiegate (tavolo personale), possibile forma di gestione (tavolo definizione/distinzione tra servizi in delega e in gestione associata);
- condivisione dei percorsi attuati e forte integrazione tra i tecnici dell'AUSL e degli Enti Locali della Provincia di Rimini per lo sviluppo dei temi da approfondire nell'ambito dei tre tavoli tecnici di lavoro avviati, relativamente alle aree Tutela Minori, Anziani e Disabili;
- nell'ambito del Comitato di Distretto congiunto di Rimini e Riccione del 28.11.2013 restituzione alla parte politica del lavoro svolto nei tavoli tecnici per capire e approfondire le modalità operative, le scelte e gli scenari prospettabili per il futuro per la gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, da definire con il nuovo anno.

3.3 UNIVERSALITA' ED EQUITÀ D'ACCESSO

Equità ed universalità rappresentano i criteri fondanti la missione stessa dell'Azienda con precise conseguenze nel sistema di accesso.

EQUITÀ - Garantire a parità di bisogno e di competenza pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi, alle facility e agli strumenti messi a disposizione dal Servizio Sanitario per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza adeguati nella loro appropriatezza e qualità, economicamente sostenibili per la comunità che ne sostiene gli oneri.

Nello specifico si intende:

⇒ rispettare ed applicare le regole di funzionamento dell'Azienda e del suo sistema di riferimento

⇒ sfruttare tutte le opportunità di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità delle prestazioni e dei servizi prodotti

⇒ motivare e supportare il processo di allocazione delle risorse sulla base del contributo alla soluzione dei problemi prioritari

⇒ esplicitare e motivare i comportamenti e le decisioni rendendoli comprensibili agli interlocutori

⇒ selezionare le richieste compatibili con l'interesse generale e coerenti con gli obiettivi prioritari

⇒ evitare che le decisioni siano il frutto esclusivo di amicizie, di convenienze particolari, di comunanza di vedute o interessi

⇒ adottare, a parità di condizioni, uguali comportamenti".

Obiettivi relativi alla gestione delle diversità

Il progetto di Area Vasta Romagna dal titolo "Implementazione di azioni di sistema per il contrasto alle iniquità, sia in riferimento all'utenza sia in riferimento ai dipendenti" intende promuovere la conoscenza e la diffusione di buone pratiche che si sono dimostrate in grado di garantire l'equità e contrastare le disuguaglianze, sia rispetto agli utenti sia verso gli operatori del servizio sanitario regionale.

Rispetto agli utenti e ai cittadini si vogliono in particolare attivare azioni per ridurre le iniquità nell'accesso ai servizi, nell'utilizzo dei servizi e nella qualità delle cure per gruppi di utenti che risultano svantaggiati o vulnerabili, in base al genere, alla diversa appartenenza etno - culturale, condizione socio-economica, abilità fisica, età, appartenenza religiosa o orientamento sessuale. L'orientamento che si assume è quello che afferisce all'approccio di comunità.

Rispetto agli operatori dei servizi si vuole contribuire a diffondere l'approccio del Diversity Management (DM), che non solo garantisce rispetto delle differenze (di genere, età, nazionalità, cultura...) e la valorizzazione delle capacità individuali e professionali dei dipendenti, ma è anche capace di incidere positivamente sull'efficienza aziendale complessiva (riduzione del turnover e dell'assenteismo, miglioramento del benessere organizzativo e della soddisfazione lavorativa...).

L'obiettivo è quindi quello di individuare, trasferire e valutare buone pratiche volte a garantire equità di accesso e di trattamento, sia agli utenti che ai dipendenti.

Per "buona pratica" si intende quanto definito da F.Frigo (in "le buone pratiche nella formazione continua", ISFOL, Roma, 2000): *una buona pratica è una costruzione empirica della modalità di sviluppo di esperienze che per l'efficacia dei risultati, per le caratteristiche di qualità interna e per il contributo offerto alla soluzione di particolari problemi, soddisfa il complesso sistema di aspettative.*

Gli interventi proposti intendono sostenere le aziende sanitarie coinvolte nel processo di sviluppo di programmi aziendali per l'equità che siano in grado di raccogliere le evidenze relative alle iniquità; sviluppare coinvolgimento e partecipazione; implementare i cambiamenti organizzativi e culturali necessari ed adottare strumenti di valutazione di impatto e dei risultati attesi.

Il progetto si sviluppa lungo alcuni assi principali:

- Buone pratiche di equità verso l'utenza e i cittadini:
 - sviluppo di interventi proattivi e servizi di prossimità per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari secondo un approccio di comunità:
 - 1- educatore di salute nella comunità** (ESC), per promuovere l'accesso ai servizi materno infantili e migliorare l'assistenza alle donne con basso titolo di studio, straniere o non occupate [Ausl di Cesena]
 - 2- agente di salute e** intervento pro-attivo degli operatori sanitari, per promuovere la sicurezza legata alla viabilità e al trasporto dei minori nella prospettiva di interventi di comunità volti a favorire contesti a forte responsabilità sociale [Ausl di Forlì]
- Buone pratiche di equità verso gli operatori:
 - 3- costituzione di un coordinamento aziendale dedicato al Diversity Management**, che svolga attività di analisi (sulle caratteristiche e sui fabbisogni del personale, sul benessere organizzativo, sullo sviluppo delle carriere professionali), promuova iniziative di formazione e proponga azioni nell'ottica del DM (valorizzazione delle capacità individuali, pari opportunità e non discriminazione...) [Ausl di Ravenna].
- Azioni trasversali:
 - 4. Formazione:** per la diffusione di ogni buona pratica sopra citata verrà sviluppato apposito percorso formativo a cui parteciperanno almeno una figura di ogni azienda che aderisce al progetto di Area Vasta Romagna . La formazione prevede due fasi. La prima sarà finalizzata ad approfondire l'analisi delle buone pratiche da sviluppare nei progetti e l'analisi delle caratteristiche del contesto locale e della problematica relativa alle disuguaglianze sui quali intervenire. La seconda fase formativa si prevede alla fine del progetto ed è finalizzata alla analisi delle esperienze condotte nelle diverse AUSL e ai risultati conseguiti, il fine è quello di elaborare alcune raccomandazioni per il trasferimento delle buone pratiche nei diversi contesti territoriali. [Ausl di Rimini]
 - 5. Valutazione:** ogni buona pratica sopra citata (o relativa anche ad altri progetti di modernizzazione aziendale che verranno presentati nella sezione A del Bando 2010 e che saranno ritenuti interessanti ai fine della garanzia di equità) sarà sottoposta ad una valutazione di equità, attraverso l'uso di appositi strumenti (Check list EQIA- equality and diversity rapid impact screening checklist, Health Equity Audit...). [Ausl di Rimini]
 - 6. Coordinamento:** Si prevede una attività di coordinamento che dovrà sovrintendere il corretto sviluppo delle attività programmate e supportare gli aspetti amministrativi e di rendicontazione. Tale attività prevede l'organizzazione di periodici incontri per la condivisione dello stato di avanzamento del programma, tra i coordinatori scientifici delle AUSL e i referenti delle equipe operative. Supporta le UO nella raccolta di materiali e letteratura scientifica, raccolta dati sulle attività realizzate e sulle predisposizione di materiali informativi e iniziative di diffusione dei risultati. Mantiene i contatti con le diverse UO per la gestione del budget e la attività di rendicontazione amministrativa e tecnico-scientifica. [Ausl di Cesena]

Il contributo dell'AUSL di Rimini al progetto consiste nel sottoporre ad una valutazione di equità ogni buona pratica che le altre AUSL dell'AVR intendono diffondere. In particolare si vogliono promuovere momenti di formazione e di condivisione delle buone pratiche e utilizzare in maniera sistematica specifici strumenti di assesment già sperimentati nell'ambito del progetto di Modernizzazione 2009 – Equasanità, ovvero la Check list EQIA – equality and diversity rapid impact screening checklist e la scheda regionale di autovalutazione aziendale.

Con questo obiettivo in data 08/05/2013 è stato organizzato un seminario dal titolo "Promuovere l'equità in sanità: dalla programmazione agli strumenti di valutazione", attraverso il quale, a partire dalle più significative esperienze internazionali, in particolare del sistema sanitario scozzese (relatore dr. James Glove, *Head of Equality and Diversity, Lothian-NHS*), si è cercato di fornire elementi teorici e spunti operativi sul tema della programmazione sanitaria e socio-sanitaria in termini di equità e sui relativi processi e strumenti di valutazione.

3.4 QUALITA' DELL'ASSISTENZA ED EFFICIENZA GESTIONALE

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione registrato presso l'Ausl di Rimini nel 2013 sembra confermare il trend in diminuzione già registrato negli anni precedenti, anche se il dato disponibile non è confrontabile in quanto privo del contributo dei ricoveri dei residenti al di fuori delle strutture dell'AUSL (mobilità passiva); il tasso attualmente calcolato si attesta a 138,9 dimessi per 1.000 ab., che si compone di 107, 7 x 1.000 in regime ordinario e 31,2 x 1.000 in DH. Tutti i valori sopra rappresentati sono inferiori a quelli medi regionali di riferimento.

Analizzando in maniera più specifica il dato complessivo va altresì osservato come il tasso riferito ai dimessi per DRG medici dagli ospedali pubblici dell'Azienda sia lievemente superiore a quello regionale (73,8 x 1.000 a Rimini rispetto al valore regionale di 72,7 x 1.000), mentre al contrario il tasso per DRG chirurgici dell'Azienda è inferiore a quello corrispondente medio registrato in Regione (rispettivamente 48 x 1.000 vs. 51,5 x 1.000). Il dato riferito all'ospedalizzazione per DRG medici sembra particolarmente influenzato dal non completamento del processo di passaggio al regime ambulatoriale (Day-Service) di numerosi DH medici, processo che si intende accelerare già nel 2014: infatti il tasso di ospedalizzazione per DRG medici in DH risulta chiaramente superiore a Rimini (17,5 x 1.000 ab.) rispetto al valore regionale (15,6 x 1.000 ab.), riferendosi in particolare alle strutture pubbliche degli ambiti aziendale e regionale. Al contrario lo stesso processo sembra più avanzato in ambito chirurgico, dove il tasso per DRG chirurgico (10,8 x 1.000 ab.) è significativamente inferiore a quello regionale di riferimento (13,6 x 1.000 ab.).

Accanto all'andamento del dato di ospedalizzazione aziendale va registrato il consolidamento del trend in forte decremento del flusso di **mobilità passiva intraregionale, che registra un – 5% rispetto al 2012**, già caratterizzato da un significativo – 5,8% rispetto al 2011, decremento che interessa sia il settore pubblico (- 3,8%) sia, in misura più significativa, quello privato (- 9,5%). Il dato interessa principalmente ambiti di alta specializzazione o con ruolo Hub nella rete ospedaliera regionale, e la complessità della casistica in mobilità viene confermata dalla valorizzazione economica che, anche influenzata dalla variazione in aumento delle tariffe di molti DRG, si mantiene di fatto sovrapponibile a quella dell'anno precedente, pur a fronte della significativa riduzione di ricoveri, per la presenza di DRG ad alto carico assistenziale e conseguente elevato peso economico.

In parallelo la **mobilità attiva si è stabilizzata sui valori dello scorso anno, al termine del quale aveva registrato un decremento del 3% rispetto al 2011**; il dato anche nel 2013 è stato fortemente condizionato dalla riduzione di ricoveri nei confronti di cittadini esteri (- 9%), perlopiù provenienti da paesi dell'est europeo, mentre al contrario l'attrazione delle strutture dell'Ausl di Rimini si è rivelata in sensibile aumento nei confronti di residenti di altre province della Regione (+ 5,3%), mantenendosi stabile verso le altre Regioni italiane.

La **produzione chirurgica, conferma sostanzialmente i valori dell'anno precedente per l'attività di ricovero chirurgico in regime ordinario**, mentre si registra un ulteriore lieve decremento dell'attività in Day Surgery che depone per lo sviluppo, peraltro ancora non pienamente completato, del passaggio di alcune frequenti tipologie di interventi chirurgici dal regime di DH a quello ambulatoriale (es. interventi per ernie).

A livello Aziendale sono state promosse alcune attività che rivestono particolare importanza sotto il profilo della **qualità assistenziale** che si sono concretizzate con azioni mirate per ogni Dipartimento ed Unità Operativa.

A livello dipartimentale si evidenzia quanto segue, specificando comunque che il quadro sottorappresentato non è esaustivo di tutte le azioni messe in atto :

DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE LINEE-GUIDA PERCORSI, AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Dipartimento - Emergenza Urgenza	<p>Istituzione a livello dipartimentale del registro delle segnalazioni degli eventi e degli audit effettuati.</p> <p>Gestione del programma di auto ed etero verifica della documentazione sanitaria. L'attività è supportata dalla U.O. Gestione del Rischio e Medicina Legale e dalle Direzione dei Presidi.</p> <p>Revisione dell'utilizzo del principio attivo Paracetamolo nell'applicazione del progetto "ospedale senza dolore" in collaborazione con le UU.OO. Aziendali alla luce degli eventi occorsi nel 2012.</p> <p>Audit sul trattamento chirurgico precoce (48 ore) delle fratture di femore nell'anziano</p> <p>Progetto Igiene delle mani: miglioramento nell'adesione all'igiene delle mani in tutte le U.O e incremento nell'uso dei prodotti per l'igiene delle mani.</p> <p>Revisione dei protocolli di antibiotico terapia per il trattamento delle infezioni addominali</p> <p>Elaborazione del dossier formativo (21013 - 2015) per il Personale medico e infermieristico dell'UO</p> <p>Revisione del percorso Riabilitativo Aziendale per lo STROKE (in coerenza con il Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ICTUS- PROGRAMMA STROKE CARE) per favorire la valutazione precoce di questi pazienti, il trattamento Riabilitativo nelle UU.OO. per Acuti ed il successivo trasferimento presso i Centri di Riabilitazione Provinciali.</p>
Dipartimento Internistico I	<p>Miglioramento della presa in carico multidisciplinare, attraverso l'implementazione del Programma di Cura Multidisciplinare (U.O. coinvolte nel progetto: Medicina Interna e Reumatologia e Medicina d'Urgenza).</p> <p>Monitoraggio dell'implementazione della metodologia di pianificazione assistenziale con il sistema NNN (tassonomie internazionali NANDA-I, NOC e NIC).</p> <p>Attivazione progetto cartella clinica informatizzata.</p> <p>Adozione della scheda informatizzata di terapia.</p> <p>Avvio della attività ambulatoriale per la determinazione del consumo di ossigeno per i pazienti candidabili ad interventi di chirurgia toracica.</p> <p>Elaborazione di protocollo d'uso della terapia con fingolimod nella sclerosi multipla con particolare riferimento al monitoraggio cardio-circolatorio all'inizio della terapia e e sua attivazione.</p> <p>Passaggio a cartella clinica informatizzata per degenza ordinaria.</p> <p>Miglioramento del processo di dimissione ospedaliera e di potenziamento della continuità assistenziale Ospedale-Territorio - Domicilio, attraverso la revisione della lettera di dimissione infermieristica .</p> <p>Progetto di miglioramento integrato (con professionisti Assistenza Domiciliare Integrata) per realizzare interventi di educazione terapeutica, rivolto ad utente e caregiver, sulla gestione della compromissione della deglutizione.</p> <p>Intervento educativo sul paziente e care-giver nei casi di compromissione della deglutizione.</p> <p>Miglioramento dell'attività ambulatoriale rivolta ai pazienti con insufficienza respiratoria cronica in Ossigenoterapia o ventilazione meccanica non invasiva a domicilio.</p> <p>Implementazione di presa in carico di pazienti affetti da patologie neurologiche croniche con particolare riferimento alle malattie rare neurologiche.</p>

Dipartimento Malattie Cardiovascolari	<p>Mantenimento identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura di prevenzione della ritenzione di garze e taglienti in campo operatorio.</p> <p>Presenza in tutti i reparti, servizi e aree comuni di DAE di tipologia omogenea.</p> <p>Collaborazione con UO IC per sostituzione DAE desueti.</p> <p>Formazione BLSDB secondo le linee-guida mondiali ILCOR 2010 di medici, infermieri ed oss; mantenimento validità dei diplomi.</p> <p>Ispezioni e supervisioni per la corretta collocazione e gestione e dei defibrillatori semiautomatici nei Reparti e Servizi.</p> <p>Incremento dell'attività dell'ambulatorio multidisciplinare di Syncope Unit per la gestione clinica e la stratificazione del rischio del paziente con sincope.</p> <p>Progetto ablazioni transcatetere delle arterie renali nei pazienti con ipertensione arteriosa sistemica resistente alla polifarmacoterapia.</p> <p>Progetto per la riorganizzazione della Cardiologia Spoke di un Ospedale di medie dimensioni in reparto per intensità di cura funzionale (allegato 2).</p> <p>Progetto attivazione di counseling infermieristico rivolto ai pazienti affetti da SCA o sottoposti ad angioplastica percutanea coronarica in regime di elezione (allegato 3).</p> <p>Mappatura e valorizzazione delle competenze infermieristiche nel Laboratorio di Emodinamica ed Elettrofisiologia.</p>
Dipartimento Internistico II	<p>Attivazione di percorsi di addestramento del personale infermieristico della Medicina III di Santarcangelo per l'educazione sanitaria all'autocontrollo dei presidi per i pazienti diabetici ricoverati.</p> <p>Prosegue progetto integrato con medicina III, consulenza infermieristica wound-care: implementazione trattamento lesioni cutanee venose e miste con elastocompressione multistrato in eventuale collaborazione con la struttura semplice di "Dermo-chirurgia pediatrica e delle ferite difficili" (Resp. dott. Pierleoni) per la gestione delle ferite difficili che si avvantaggiano della dermochirurgia.</p> <p>Consolidamento della attività di ecografia intraoperatoria presso Ospedale di Rimini e di Disponibilità per trattamento mediante Radiofrequenza intraoperatoria Presso Ospedale di Rimini e Riccione. Consolidamento di utilizzo di ecografia con contrasto con tempi dedicati.</p> <p>Continuazione dei percorsi di educazione terapeutica strutturata sia per il diabete di tipo II che per il diabete di tipo I per il percorso del counting dei carboidrati e i breafing dei diabetici di tipo1 neodiagnosticati.</p> <p>studio di fattibilità per contenimento spesa rifiuti sanitari con possibilità di estendere successivamente tale progetto alle Dialisi di Rimini e Riccione.</p> <p>Implementazione Registro Area Vasta delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali sulla base del progetto congiunto delle U.O. di Gastroenterologia di AV R</p> <p>Attivazione dell'utilizzo di CO2 per insufflazione durante endoscopia come raccomandato da linee guida europee per lo screening del CCR una volta acquisita l'attrezzatura.</p> <p>Integrazione con UO chirurgia della spalla con presenza giornaliera del medico internista per la gestione delle comorbidità ed il superamento del sistema consulenziale</p> <p>incontri con i cittadini :quali azioni di miglioramento porre in essere suggerite dai rappresentanti del CCM e dal Tribunale dei Diritti del Malato</p> <p>Progetto di fattibilità su intensità di cure in due medicine aziendali</p>

Dipartimento Materno- Infantile	<p>Ulteriore ampliamento del numero di casi del trattamento non farmacologico da dolore nel parto mediante avvio di corsi mirati per le ostetriche di Sala Parto e Consultoriali e inizio incontri di presentazione del percorso nascita per le coppie.</p> <p>Riorganizzazione della degenza della Sezione di Ostetricia, uniformando le figure professionali attualmente operanti (infermieri e ostetriche) con l'impiego dell'ostetrica sia per i casi di patologia della gravidanza sia per l'assistenza alla diade mamma-neonato in rooming-in.</p> <p>Mantenimento dei livelli percentuali di taglio cesareo entro il 20% secondo indicazioni OMS e Linee Guida Nazionali.</p>
	<p>Proseguimento del processo di implementazione del piano provinciale del percorso nascita anche nei territori dell'Alta Valmarecchia, con la realizzazione degli obiettivi previsti negli undici sottoprogetti regionali, in collaborazione-confronto con il gruppo di coordinamento di Area Vasta Romagna.</p> <p>Avvio dello screening per le aneuploidie con attivazione del test combinato in collaborazione con i servizi di diagnosi prenatale del territorio e dell'ospedale e del laboratorio di Pievestina.</p> <p>Mantenimento dell'offerta aziendale di ecografie ostetriche del 1° trimestre e morfologiche in collaborazione tra UO di Ostetricia e Servizi Consultoriali.</p> <p>Consolidamento del percorso di continuità assistenziale alla puerpera nel periodo di ricovero con presa in carico di mamma e bambino nel dopo parto da parte dell'ostetrica. Implementazione della cartella clinica (Log80) tra ospedale e territorio per la condivisione dei casi clinici complessi e la condivisione dei protocolli di diagnosi e cura.</p> <p>Integrazione dell'intervento sui disturbi emozionale della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino tra Servizi Consultoriali e di Psicologia del territorio e UO di ostetricia.</p> <p>Attuare interventi di supporto alla relazione mamma-bambino e di promozione e sostegno all'attamento al seno, attraverso la formazione degli operatori e la continuità assistenziale ospedale-territorio.</p> <p>Avvio del percorso diagnostico sulla natimortalità dopo completamento dei corsi di formazione regionali di AVR. Implementazione della scheda del nato-morto.</p> <p>Proseguimento della collaborazione con le Libere Professioniste del territorio per garantire l'assistenza al parto extra-ospedaliero.</p> <p>Implementazione delle metodiche non farmacologiche di contenimento del dolore in travaglio. Attuazione mediante fondi regionali del Percorso Nascita dei corsi di formazione specifici. Mantenimento dell'offerta di analgesia farmacologica entro il 30%.</p>

Dipartimento Oncologia	<p>Ridefinizione ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali secondo 3 grandi aree di intervento (prestazioni di Degenza Ordinaria, Day Hospital ed Ambulatori), ed omogeneizzazione degli stessi sulle 3 realtà assistenziali aziendali (Rimini, Cattolica e Novafeltria). Nello specifico della realtà di Cattolica, verrà prevista la attivazione di un ambulatorio di Medicina Palliativa, in analogia con quanto già in essere sulla struttura di Rimini, mentre per quanto riguarda il DH Oncologico di Novafeltria, verrà prevista la presenza di un oncologo della Unità Operativa continuativamente per 5 giorni alla settimana, con apertura (analogamente alle sedi di Rimini e Cattolica) di un ambulatorio di Medicina Palliativa, operante in stretto contatto tra la realtà ospedaliera e quella della Medicina Generale (vedi anche continuità Ospedale-Territorio)</p> <p>Ottimizzazione dei percorsi di presa in carico del paziente oncologico per patologia oncologica prevalente (neoplasie della mammella, neoplasie polmonari, neoplasie dell'apparato gastroenterico) con compartecipazione/condivisione a gruppi di lavoro con orientamento di interesse per patologia, a valenza interdipartimentale</p> <p>Consolidamento dei percorsi di presa in carico del paziente con neoplasia avanzata o terminale fin dalle fasi iniziali della malattia metastatica, con intensificazione della attività specialistica di consulenza all'interno della UO di Oncologia sede di Rimini (percorso di integrazione già formalizzato all'interno della ex Unità Funzionale di Cure Palliative-Hospice), della sede di Cattolica (creazione di un ambulatorio di Medicina Palliativa), e della sede di Novafeltria (creazione di un ambulatorio di Medicina Palliativa), e condivisione dei percorsi di terapia del dolore in una ottica Hub&Spoke coi colleghi anestesisti operanti nella struttura di Novafeltria).</p> <p>Ottimizzazione dei percorsi clinico-strumentali di diagnostica senologica presso l'Ospedale Cervesi di Cattolica, anche attraverso una stretta integrazione logistica delle attività.</p> <p>Ricovero e presa in carico del paziente ematologico ricoverato in reparto medico</p> <p>Condivisione coi Medici di Medicina Generale dei percorsi di follow up delle principali neoplasie (Neoplasie del Colon, neoplasie della Mammella, Neoplasie del Polmone, Neoplasie dello Stomaco), nella fase di monitoraggio e controllo del paziente a lungo termine.</p> <p>Valorizzazione della comunicazione sanitaria verso il cittadino che afferisce al Dipartimento di Oncologia ed Ematologia secondo i principi della "Health Literacy" in ottemperanza al DGR 653/2012, con l'obiettivo di ottimizzare sia la fruizione dei servizi che la qualità percepita</p>
-----------------------------------	--

Dipartimento Chirurgico	<p>Corso di formazione inter disciplinare oculisti, ortottisti, ottici su diagnosi e trattamento dell'ipovisione</p> <p>Gestione delle infezioni oculari, diagnosi e terapia</p> <p>Aggiornamenti sulle tecniche chirurgiche nel distacco di retina</p> <p>Corso di formazione oculisti/pediatri su vernal keratoconjuntivitis</p> <p>Percorso di formazione interna rivolto a medici, infermieri e fisioterapisti con l'obiettivo di acquisire competenze per la realizzazione del progetto di personalizzazione dell'assistenza e delle cure, da inserire nel percorso senologico.</p> <p>Formazione sul campo allo scopo di permettere la conoscenza reciproca del lavoro, la condivisione e favorire l'integrazione degli operatori.</p> <p>Giornata di formazione aperta a tutti gli operatori coinvolti nel percorso senologico e alle donne operate al seno.</p> <p>Organizzazione di un percorso Aziendale (Progetto in collaborazione con la UO Medicina Riabilitativa) per la presa in carico omnicomprensiva dei pazienti complessi (GRACER, MIELOLESIONI, ECC.) con lesioni da decubito. Tale percorso serve a rafforzare l'appropriatezza del Sistema HUB\SPOKE in particolare nei pazienti affetti da Mielolesione favorendo un miglior utilizzo degli SPOKE o (LUCE SUL MARE-SOL ET SALUS) e dello SPOKE Territoriale in coerenza con il Documento " Accordo fra le Aziende di Area Vasta Romagna e il MONTECATONE REHABILITATION INSTITUT". Il percorso prevede la presa in carico del paziente complesso con lesione da decubito attraverso la collaborazione fra U.O. Medicina Riabilitativa, il Dipartimento di Chirurgia, i Centri Privati Accreditati (LUCE SUL MARE-SOL ET SALUS) e l' U.O. Anziani, Disabili Fisici e Sensoriali.</p> <p>Infine la presa in carico da parte dell' U.O. Territoriale per favorire il rientro al domicilio e la rivalutazione degli ausili e dei sistemi antidecubito in dotazione al paziente.</p>
Dipartimento Patologia Clinica e Radiologia Medica Diagnostica ed Interventistica	<p>Incontri con Gastroenterologi e MMG volti a ridefinire indicazioni e appropriatezza degli RX esofago, stomaco e duodeno attualmente richiesti in grande numero e con indicazioni non corrette (es. disfagia, RGE, compressioni da noduli tiroidei...) propedeutici alla loro eliminazione a CUP. Sostituzione del CLISMA OPACO con COLON-TC.</p> <p>Estensione criteri per prescrizione ecografie internistiche prioritarie esterne previ accordi con MMG</p> <p>Revisione indicazioni alla cistografia, con MMG e Urologi.</p> <p>Eliminazione dalla prenotazione CUP di esami obsoleti/non appropriati quali stratigrafia ATM, rx cranio e rx cranio per seni paranasali. Possibilità di richiederli tramite colloquio medico-medico.</p> <p>Percorso del pz oncologico: programmazione in unico accesso, da parte della UO di Radiologia, di esami di approfondimento e/o follow-up</p> <p>Organizzazione/promozione di incontri su RM con i prescrittori ospedalieri e territoriali (specialisti e MMG) per condividere esiti del monitoraggio di cui sopra e definizione di azioni correttive, in collaborazione con il Dip. Cure Primarie e le Direzioni di Presidio</p> <p>Disponibilità a collaborare con i Nuclei di Cure Primarie/Case della Salute per attivare percorsi di presa in carico integrata dei pazienti cronici (identificazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali).</p> <p>Identificazione di modalità operative per aumentare l'efficacia della terapia trasfusionale massiva urgente con l'uso di nuovo supporto tecnologico (ROTEM)</p> <p>Implementazione e riorganizzazione dei percorsi clinico-assistenziali di presa in carico dei pazienti (es. oncologici, cronici, pre e post-ospedalizzazione) presso Ospedali di Novafeltria e Santarcangelo in virtù delle nuove apparecchiature TC.</p>

Dipartimento Sanità Pubblica	<p>Malattie trasmesse da vettori (in particolare Chikungunya, Dengue, West Nile Disease, altre malattie da vettore) legionellosi, epatiti e altre malattie a trasmissione ematica e sessuale, malattie trasmesse da alimenti: puntuale applicazione delle indicazioni fornite su piani di controllo specifici regionali</p> <p>Garantire la partecipazione alle procedure relative agli infortuni accidentali con esposizione a virus epatitici (Circ. reg. n.7/2009)</p> <p>Assicurare l'implementazione delle nuove linee guida nazionali e delle indicazioni regionali relativamente alla prevenzione e controllo della tubercolosi.</p> <p>Per quanto riguarda il Carcere di Rimini: garantire la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive e della tubercolosi in particolare come da indicazioni regionali</p> <p>Programmi vaccinali: copertura per vaccinazione antimeningococcica a 16 anni: obiettivo regionale a cui tendere 80% (aziendale 57-62%)</p> <p>Prevenzione della rosolia congenita e della varicella in gravidanza</p> <p>Riordino vaccinazioni infanzia in collaborazione con Pediatria di Comunità</p> <p>Accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi socio – sanitari</p> <p>Controlli ed integrazioni tra le articolazioni aziendali interessate per gli ambiti di intervento e coordinamento interventi</p>
Dipartimenti delle Cure Primarie	<p>Collaborazione con la U.O. di Medicina riabilitativa per l'attuazione, per quanto di propria competenza, del percorso di presa in carico delle lesioni da decubito che necessitano di chirurgia nei pazienti con mielo e cerebrolesioni. Tale percorso serve a rafforzare il sistema hub\spoke favorendo un maggior utilizzo dello spoke o e dello spoke t territoriale. L'obiettivo è la presa in carico omnicomprensiva di questa tipologia di paziente con la valutazione da parte del chirurgo plastico aziendale, il ricovero presso lo spoke o aziendale (luce sul mare e sol et salus) e la presa in carico del territorio per la revisione dei sistemi posturali e antidecubito quando necessario.</p> <p>Proseguo applicazione percorso presa in carico riabilitativa precoce del pz. Ortopedico in dimissione dalle U.O. di Ortopedia</p> <p>Completamento processo di informatizzazione sedi periferiche di Continuità Assistenziale (collegato al progetto Sole)</p> <p>Riassetto del Servizio di Guardia Medica secondo criteri di efficienza e di maggiore presa in carico.</p> <p>Case della Salute di Morciano. Santarcangelo, Bellaria: completamento dei servizi messi a disposizione della popolazione, con particolare riferimento alla gestione della patologia cronica e all'aumento dell'accessibilità per il cittadino</p> <p>Progettazione della Casa della Salute di Novafeltria da realizzarsi mediante riorganizzazione degli spazi ospedalieri dedicati alle Cure Primarie e verifica di fattibilità di un'attività di diagnosi e cura da parte dei MMG del territorio</p> <p>Progetto Leggeri: Consolidamento del progetto di presa in carico da parte del MMG dei pz. affetti da disturbo psichiatrico minore mediante attivazione di consulenza degli psichiatri del DSM e attività di formazione continua e supervisione a livello dei NCP</p> <p>Gestione integrata diabete mellito tipo II: potenziamento della presa in carico e manutenzione del registro provinciale delle patologie</p>

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	<p>Attivazione di percorsi di supporto alle famiglie di utenti portatori di disabilità intellettiva</p> <p>Implementazione della valutazione di specifici deficit cognitivi negli utenti inseriti in percorsi riabilitativi</p> <p>Prevenzione: Chat con i pediatri per la diagnosi precoce autismo, prevenzione obesità pediatrica e dca precoci in un progetto di integrazione con il SIAN, supporto e consulenza organizzativa all'attività di screening che fanno nelle scuola da parte del nostro centro DSA (siamo nel GLIP= gruppo di lavoro interistituzionale provinciale)</p> <p>Consolidamento interfaccia operativa SPDC-CSM. Attuazione audit per la valutazione di casi clinici al fine di implementare la continuità terapeutico-assistenziale e migliorare la comunicazione multidisciplinare tra i professionisti delle due strutture</p> <p>Consolidamento del percorso di invio al Centro Fumo di tabagisti ricoverati nei reparti di Cardiologia</p> <p><u>Prosecuzione degli incontri di supervisione e organizzativi degli npi ospedalieri e territoriali insieme (nel 2013 previsti bimestrali) + gestione utenza adolescenza in modo integrato e trasversale tra reparto e territorio (in cui l'npi di reparto collabora direttamente con ass. sociali e psicologo territoriale e in cui c'è la presa in carico integrata).</u></p>
---	---

Per quanto concerne l'area Qualità e Accreditamento, nel corso del 2013, l'Azienda ha continuato l'attività di collaborazione con l'Agenzia sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) relativamente alle verifiche esterne di accreditamento ed ha garantito il supporto ai Dipartimenti aziendali alle attività di miglioramento continuo attraverso le verifiche interne per il mantenimento dei requisiti di accreditamento e la redazione ed implementazione di specifiche procedure. I Dipartimenti e le Unità operative coinvolte oggetto di verifica sono state:

- ❑ Dipartimento Cure Primarie
- ❑ Dipartimento Sanità Pubblica
- ❑ Dipartimento Patologia Clinica e Radiologia Medica Diagnostica e Interventistica. In relazione al Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, afferente al Dipartimento Patologia Clinica, si precisa che, nel corso del 2013, l'Azienda ha trasformato i Punti di Raccolta AVIS della Provincia in 7 articolazioni organizzative del Servizio stesso, rendendo in tal modo pubblica la raccolta sul territorio della Provincia di Rimini. Tale trasformazione è avvenuta in stretta collaborazione e condivisione con l'AVIS stessa. Il Servizio e le sue articolazioni organizzative è stato sottoposto anche alla verifica di accreditamento esterna da parte della l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nel mese di novembre 2013.

Per quanto riguarda invece l'area della Qualità Percepita è continuata la rilevazione qualità dal punto di vista dei cittadini, sia attraverso la partecipazione ad indagini promosse dall'Agenzia sanitaria e Sociale Regionale, che attraverso indagini promosse dall'Azienda stessa. Nell'ambito dei progetti regionali si segnala:

- ❑ l'indagine svoltasi presso il Consultorio Familiare che ha visto la somministrazione in via sperimentale di un nuovo questionario relativo all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (52 questionari);
- ❑ la conclusione del Progetto "La rilevazione della qualità percepita nelle Unità Operativa di degenza delle Aziende della RER" con l'elaborazione degli ultimi 1722 questionari somministrati nell'ultimo trimestre del 2012. I dati complessivi relativi a tale Progetto, che ha visto la raccolta di 3873 questionari, sono stati presentati al Comitato Consultivo Misto Aziendale al fine di individuare e condividere le necessarie azioni di miglioramento;
- ❑ la partecipazione ad un gruppo di lavoro regionale, coordinato dalla Agenzia sanitaria e Sociale, che ha elaborato un questionario per l'elaborazione di strumenti di ascolto relativi ai Percorsi Assistenziali. Il questionario sarà sperimentato nel 2014 nell'ambito del percorso senologico.
- ❑ la realizzazione di un focus group sul tema delle vaccinazioni pediatriche al quale hanno partecipato 6 genitori di bambini parzialmente o completamente non vaccinati. Lo scopo del focus group è stato quello di comprendere le motivazioni che hanno portato i genitori stessi a non vaccinare i propri figli.

In ambito ambulatoriale, le indagini promosse dal livello aziendale, hanno coinvolto, nel 2013, 2294 utenti afferenti ai seguenti servizi:

CEDEM e Servizio Anziani (219 questionari), Centro Salute Mentale (270 questionari), Dipendenze Patologiche (366 questionari), Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (571 questionari), Ambulatori Medicina Interna e Reumatologia 1 (78 questionari), Ambulatorio di Allergologia (39 questionari), Ambulatorio Dialisi (140 questionari), Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (67 questionari), Day Hospital Oculistica (179 questionari), Laboratorio a Risposta Rapida (107 questionari), Ambulatorio Pneumologia (167 questionari), PS Rimini (91 questionari).

I questionari complessivamente somministrati nell'anno 2013 risultano quindi complessivamente pari a 4068.

Nell'ambito dei Comitati Consultivi Misti Aziendali nel 2013 si segnala l'istituzione con delibera del Direttore Generale di un unico Comitato Consultivo Misto aziendale in sostituzione dei due precedentemente esistenti. Tale decisione è stata presa su proposta dei Comitati stessi al fine di rendere più efficienti ed efficaci le attività di Comitato stesso.

Nel corso del 2013 l'Azienda e il Comitato inoltre hanno collaborato al Progetto regionale "Indicatori di performance dal punto di vista dei cittadini" al fine di individuare un set di indicatori prioritari nella valutazione delle strutture ospedaliere. Tale progetto porterà nell'anno 2014 allo svolgimento di un evento formativo, che coinvolgerà sia membri delle associazioni che operatori sanitari, che avrà lo scopo di definire un sistema di valutazione della qualità, proposto a livello nazionale, attraverso la Check List per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero redatta da Agenas.

Infine per quanto concerne le garanzie contenute nella Carta dei Servizi sono stati monitorati gli indicatori della III parte della Carta e si è provveduto all'aggiornamento completo della Carta dei servizi e al suo inserimento nella sezione Amministrazione trasparente del sito ASL in ottemperanza al D. LGS 33/2013.

3.5 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DELLE CURE

Lo sviluppo ed implementazione di un programma di qualità, volto a garantire la sicurezza delle cure, è un obiettivo radicato all'interno delle aziende sanitarie e ha determinato la diffusione di una cultura focalizzata a garantire la sicurezza del paziente in tutto il processo di cura. Questa si manifesta nella continua ricerca di percorsi, tecnologie, procedure volte a supportare gli operatori nel raggiungimento di tale obiettivo, nonché nella presa di coscienza, da parte degli operatori stessi, della problematica.

Negli ultimi tempi molti sono stati gli interventi che hanno favorito il progresso delle tecniche di valutazione e prevenzione dei rischi. Di primaria rilevanza il rapporto tra tecnologie biomediche ed informatiche che favorisce la possibilità di monitorare eventi e quasi eventi potendo, in molti casi, prevenirne l'accadimento, ovvero con il verificarsi dell'evento avverso. Inoltre, lo sviluppo dei sistemi tecnologici, comporta l'introduzione di dispositivi intrinseci di sicurezza in grado di supportare l'operatore nel mantenimento dell'auspicabile livello di sicurezza. Da non sottovalutare il rischio di delegare ciecamente la sicurezza alle caratteristiche di dispositivi sempre più tecnologicamente performanti.

E' acclarato che l'obiettivo finale, ovvero la sicurezza per il paziente, è perseguibile solo attraverso il coinvolgimento di tutti coloro che concorrono ai percorsi di presa in cura del paziente compreso il paziente stesso, i care giver e i professionisti dell'organizzazione che determinano le scelte strategiche della prevenzione del rischio in ambito assistenziale.

Nel 2013 si è consolidato, anche attraverso l'emanazione di specifiche delibere, la consapevolezza che il sistema salute regionale, articolato nelle aziende, debba essere reattivo sia nella prevenzione di eventi indesiderati che nella presa in carico delle conseguenze avverse che si presentano. Pertanto si è proceduto, sulla base delle indicazioni regionali a strutturare il percorso di gestione diretta delle conseguenze degli eventi avversi e, ad utilizzare tali eventi quali importanti fonti informative per le valutazioni dei piani di sicurezza per le cure.

Nell'azienda di Rimini è stata strutturata la rete professionale dei referenti per la sicurezza che, partendo dai professionisti dipartimentali, si articola in tutte le unità operativa con punti di riferimento sia in ambito clinico/assistenziale, che metodologico/strategico.

In una prima fase si è provveduto a sensibilizzare i professionisti alla segnalazione degli eventi avversi, quindi si è promossa, nel corso del 2013, una strategia di prevenzione basata sulla gestione diretta dell'evento associata ad un'analisi proattiva dei percorsi assistenziali.

Tale sviluppo ha visto come elemento di fondamentale importanza la progressiva informatizzazione della documentazione sanitaria e la conseguente possibilità di un facile accesso ad una variegata quantità di dati.

Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) rappresentano un importante indicatore di qualità dell'assistenza erogata; il loro controllo si basa su tre punti essenziali:

- **La sorveglianza**
- **La prevenzione**
- **L'educazione/formazione degli operatori sanitari**

1.La sorveglianza

Le attività intraprese in coerenza con quanto definito dall'Area Rischio Infettivo delle Agenzia Sanitaria Regionale, vengono stabilite annualmente nell'ambito del Piano Programma per la sicurezza delle cure.

Di particolare rilievo risulta essere l'articolazione organizzativa del *Settore Rischio Infettivo*, che garantisce la quotidiana presenza di infermieri specialisti nella materia; anche il modello organizzativo a rete che vede il coinvolgimento multi professionale e multidisciplinare di diversi professionisti (infettivologo, farmacista, microbiologo, pneumologo, igienista, medico competente, ecc) nei singoli progetti risulta di particolare rilievo. In ogni UO dell'Azienda e nelle strutture territoriali (RSA e CP) è presente dal 2011 una rete di professionisti denominata rete RAdiCI (Rete Aziendale di Controllo delle Infezioni) costituita ad almeno un medico ed un infermiere, che collaborano con il Settore Rischio Infettivo e vigilano sulle attività di prevenzione, controllo e sorveglianza e formazione.

Ad ottobre 2012 **nei 5 negli ospedali per acuti è stato condotto lo Studio di Prevalenza Europeo (PPS)** sulle ICA e l'uso degli antibiotici. I risultati mostrano un tasso di prevalenza di pazienti infetti del 4,96% ed un tasso di infezioni del 5,43 %, al di sotto della media europea e regionale. Il medesimo studio è stato realizzato contemporaneamente anche presso le Case di Cura private accreditate, creando una buona sinergia di interazioni e di attenzione al tema della sorveglianza degli eventi infettivi ed all'uso degli antibiotici. La divulgazione dei risultati è avvenuta anche attraverso un evento formativo accreditato al quale hanno partecipato gli esperti della ASSR e gli operatori di tutte le strutture, pubbliche e private accreditate.

Nelle nove Residenze sanitarie (RSA) della Provincia, a maggio 2013, è stato ripetuto lo studio HALT 2 precedentemente effettuato nel 2010. I risultati mostrano un tasso di prevalenza di pazienti infetti del 7,7% ed un tasso di infezioni dell'8 %. Questi dati dimostrano l'importanza di avere sistemi organizzativi, di sorveglianza e controllo delle ICA e dell'uso degli antibiotici, anche in tali ambiti assistenziali. Lo studio di prevalenza puntuale verrà esteso nel maggio 2014 anche alle numerose CP della Provincia.

Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico (SICHER). Dal 2006 è attivo il sistema di sorveglianza che attualmente coinvolge tutte le chirurgie generali, le chirurgie specialistiche e le branche ortopediche, per un totale di 16 UUOO coinvolte e mira a sorvegliare tipologie selezionate di procedure chirurgiche. Relativamente all'anno 2013 sono stati sorvegliati 7836 interventi. Il tasso di Incidenza risulta essere del 3,3%. Dal 2013 la modalità della sorveglianza è transitata definitivamente dal cartaceo all'informatizzazione (interazione ed integrazione di diverse fonti informative tra cui anagrafica, SDO e Registro operatorio) I report elaborati dalla ASSR Area Rischio Infettivo sono pubblicati sul sito WEB aziendale all'indirizzo <http://www.ausl.rn.it/settore-rischio-infettivo-ospedaliero.html>

I tassi di incidenza per categoria di intervento sono stratificati per "Infection Risk index" e se superano i valori attesi rispetto ai dati di confronto regionali, vengono attivati audit con le equipe coinvolte a cura del Settore Rischio Infettivo unitamente ai componenti del Comitato infezioni.

Sorveglianza degli isolati di batteri multi farmaco resistenti a partire dal sistema informatizzato MERCURIO della Microbiologia di PVS. Le attività di monitoraggio e sorveglianza attiva sono sistematiche e costanti a partire dalla segnalazione via mail degli "alert organism e degli eventi epidemici " a cui fa seguito la valutazione e l'intervento del team preposto.

Sorveglianza delle infezioni gastrointestinali sostenute da Clostridium difficile considerate epifenomeno dell'uso degli antibiotici; si riporta l'andamento dell'incidenza a partire dal 2010 al 2013

Anno	Inc 1.000 pazienti	Inc 1.000 ricoveri	Inc 10.000 gg degenza
2010	1,3	1,1	1,6
2011	1,5	1,2	1,7
2012	2,6	2,1	3,0
2013	2,4	2,0	2,8

Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva. La Terapia Intensiva di Rimini partecipa da diversi anni al sistema di sorveglianza Prosafe della rete GIVITI dell'Istituto Mario Negri che restituisce periodicamente all'UO i report delle infezioni. Sono disponibili i dati del 2012 mentre si è in attesa a breve di quelli del 2013. La Terapia Intensiva di Riccione ha dato recentemente avvio al progetto SITIER Non sono ancora disponibili i dati di tale sorveglianza.

2. La prevenzione

L'azienda USL di Rimini ha garantito **l'applicazione delle linee di indirizzo regionali sulla prevenzione e controllo degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi** con particolare riguardo alle misure di isolamento orientate non solo ai 5 nosocomi ma a tutte le strutture residenziali socio sanitarie e alle case di cura e strutture di riabilitazione territoriali afferenti alla Ausl innescando un virtuoso ed intenso rapporto di collaborazione anche con i medici di medicina generale.

Le iniziative intraprese sono state:

- sorveglianza attiva all'ingresso

- screening dei contatti

- indicazioni puntuali alle UO sulle misure di prevenzione da applicare per ciascun caso rilevato e verifica diretta dell'applicazione delle precauzioni (carrello dedicato, rimozione dei DPI ed igiene delle mani all'uscita della camera di degenza)

- comunicazione costante e continuativa con l'intera rete assistenziale territoriale

- segnalazione mensile alla ASSR dei report dei "casi" relativi agli enterobatteri

Promozione e realizzazione dei programmi sull'igiene delle mani;

iniziati già dal 2006, monitorati attraverso il consumo del gel idroalcolico e la valutazione dell'adesione degli operatori, hanno rappresentato un'attività consistente tanto da collocare l'Azienda di Rimini nei primi posti in Regione e risultare finalista per "l'award of excellence" conferitole dalla sede OMS di Ginevra.

Indicatore del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico per il frizionamento delle mani

Anno 2012 5679,95 litri - Anno 2013 7389,45 litri

Framework di l'autovalutazione dei programmi aziendali di igiene delle mani secondo programma OMS: punteggio anno 2013 425, che corrisponde ad un livello avanzato/impiantato

Il programma è stato implementato anche in ADI, nelle strutture residenziali territoriali, presso i punti prelievo, i consultori, i servizi vaccinazioni e la medicina penitenziaria. Nelle strutture residenziali le osservazioni dirette alla pratica di igiene delle mani condotte nel 2013 hanno portato ad una adesione che va dal 51, 87 al 100% . Negli ospedali il tasso di adesione è del 57,6% (512 osservazioni). Sulla base degli indicatori regionali, che monitorizzano i sistemi di sorveglianza attivi per il governo del Rischio Infettivo, l'Azienda USL di Rimini ha raggiunto lo standard di riferimento per il punteggio totale e per le singole aree (organizzazione, controllo/sorveglianza, formazione) 71 punti su 72 con obiettivo regionale di 54 punti.

A partire dal 2012 e nel 2013 è stato delineato e realizzato il progetto per l'implementazione delle linee guida regionali sulle **infezioni urinarie con particolare enfasi sulla appropriatezza delle urino colture ed sull' uso dei cateteri vescicali con applicazione dei relativi bundle** nei due dipartimenti medici (DIP. MED1; DIP. MED.2). L'obiettivo è stato quello di contenere l'uso del catetere e delle urino colture improprie e di applicare il bundle della buona pratica. La progettazione a cura del Settore Rischio Infettivo, ha visto coinvolti attivamente oltre ai due Dipartimenti, l'U.O. Malattie infettive e il Laboratorio di Area Vasta.

Nel 2013 ha preso avvio il medesimo progetto anche nel Dipartimento Malattie cardiovascolari sia sulle infezioni delle vie urinarie sia su quelle relate ai dispositivi intravascolari.

Uso appropriato e sicuro dei farmaci

La sicurezza nell'uso dei farmaci è un obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria. Le informazioni che pervengono dalle segnalazioni spontanee e dalla letteratura circa il rischio da farmaci disegnano una situazione di estrema rilevanza per la sicurezza delle cure.

A livello aziendale si è sempre più diffusa la segnalazione spontanea sugli eventi collegati alla prescrizione/somministrazione dei farmaci. Nel 2013 sono state registrate 49 segnalazioni di eventi/near-miss tra le cui cause è stata riportata una non corretta gestione dei farmaci (Figura 1). Obiettivo ricorrente è stata l'analisi delle segnalazioni relative alle diverse fasi del percorso del farmaco e l'individuazione di interventi di prevenzione e correzione delle deviazioni su tutto l'ambito aziendale.

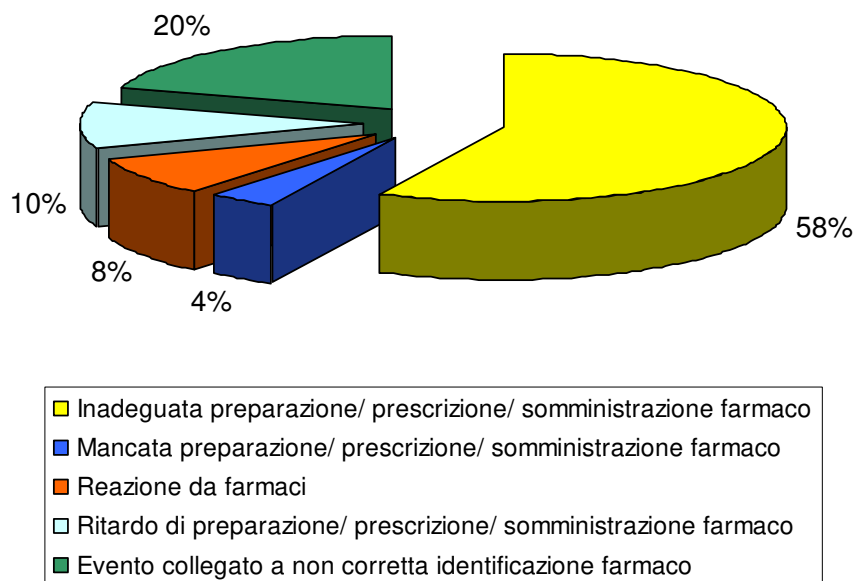


Figura 1. Eventi/Near Miss correlati a non corretta gestione del Farmaco

Nell'ambito del processo di informatizzazione della documentazione sanitaria, attualmente in corso a livello aziendale, nel 2013 è stata contemplata anche l'informatizzazione della scheda unica di terapia con l'obiettivo di raggiungere una maggior intelligibilità della scheda da parte dell'équipe professionale.

E' stato inoltre affrontato il problema della prescrizione farmacologica attraverso il progetto sicurezza nella terapia farmacologica: la ricognizione della prescrizione.

Tale progetto è finalizzato al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure nelle strutture sanitarie del territorio e fornisce indicazioni per la ricognizione strutturata della terapia farmacologica nelle transizioni di cura e nei percorsi terapeutici protratti in rapporto a intervenute variazioni nel trattamento farmacologico, con modalità definite e con garanzia di tracciabilità.

Sicurezza in Sala Operatoria

La sicurezza delle cure nei comparti operatori ha rappresentato e rappresenta uno dei progetti più cogenti a livello aziendale. Come si registra in tutte le realtà sanitarie, sia nazionali che extra nazionali, è in tale area che si registra l'occorrenza della maggior parte degli eventi ed quindi qui che si focalizzano buona parte delle raccomandazioni e procedure elaborate dagli enti istituzionali.

Nel 2013 sono stati revisionati i percorsi di sicurezza relativi all'attività operatoria. In particolare è stata effettuata una verifica complessiva sull'applicazione della Check-list intraoperatoria, già utilizzata in tutti i Comparti Operatori dell'Azienda per il 100% degli interventi eligibili. Nelle strutture ospedaliere di Rimini, Riccione, Sant'Arcangelo, Cattolica e Novafeltria la rilevazione cartacea è stata sostituita da quella informatizzata. Nel 2013 è stata fatta un'analisi delle non conformità tramite la Check-list intraoperatoria; questa si è configurata come valido strumento su cui basare l'eventuale revisione dei percorsi operativi, nonché dei comportamenti professionali e d'équipe, basata sui nuovi standard proposti dalla comunità scientifica e quindi connotandosi con una valenza anche sulla cultura professionale.

Informatizzazione del Registro operatorio

Nel settore chirurgico il registro operatorio (RO) rappresenta la fonte di elezione per la raccolta complessiva e generalizzata di tutte le informazioni riguardanti l'attività di sala operatoria sia in termini di sicurezza dei percorsi che di efficienza del processo chirurgico.

Il RO è strutturato in diverse schede specifiche per le diverse figure coinvolte nell'attività (anestesista, chirurgo/equipe chirurgica, infermiere), gestisce le liste di attesa ed è integrato con i flussi aziendali. È utilizzato dalle diverse UU.OO. sia per l'attività elettiva che urgente, sia in regime Ordinario, di D.H. che ambulatoriale.

A livello aziendale prosegue l'impegno per informatizzare tale strumento promuovendo sia il possibile collegamento ai flussi informativi regionali e/o nazionali sia la possibilità di un facile accesso alle informazioni in esso contenute. L'obiettivo è di rendere il RO non solo un raccoglitore di informazioni ma anche un valido strumento di analisi e revisione dell'attività.

Dal 2013 l'Azienda di Rimini partecipa alla Survey Regionale finalizzata alla verifica dei livelli di informatizzazione dei RO aziendali, e alla omogeneizzazione dei requisiti minimi che devono essere garantiti per la condivisione di standard regionali di RO.

Le buone pratiche

Le raccomandazioni Ministeriali rappresentano un riferimento per tutte le aziende per la sicurezza dei percorsi assistenziali. Queste vengono elaborate sulla base delle segnalazioni degli eventi sentinella inviati al Ministero della Salute, la loro adozione a livello locale risulta quindi cogente ai fini della prevenzione degli errori in quanto, essendo basate su eventi occorsi anche in altre strutture sanitarie, permettono di ampliare lo spettro di analisi e prevenzione.

Tali raccomandazioni, devono essere contestualizzate a livello locale e condivise, nella formulazione, dai professionisti ed operatori che saranno impegnati nell'adozione.

Nel 2013, sulla base della Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, è stata elaborata ed adottata, a livello aziendale, la Procedura Generale PG.67 "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale".

Tale procedura è conseguenza anche del percorso di monitoraggio ed analisi delle cadute segnalate da tutte le UU.OO., in particolare dai reparti medici (Figura 2), che si è diffusa e consolidata, non solo nelle strutture ospedaliere, ma anche in quelle residenziali.

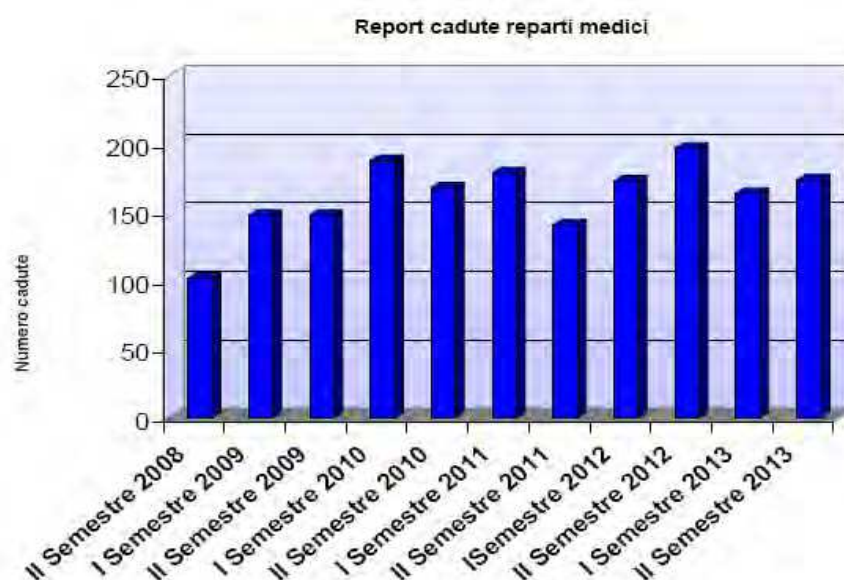


Figura 2. Cadute accidentali segnalate dai reparti medici (Agosto 2008 – Dicembre 2013)

Implementazione tecnologie informatiche per la sicurezza

Adozione documentazione sanitaria informatizzata

E' stata adottata la documentazione sanitaria informatizzata attivando progressivamente il modulo di cartella clinica informatizzata. Nel 2013, tale modulo, risulta attivo nel 50 % delle uu.oo. aziendali.

Tracciabilità emocomponenti

La tracciabilità delle sacche ed emoderivati è un obiettivo primario di questa Azienda. A tale scopo, nel 2013 si è proceduto all'integrazione di tale sistema informatico dedicato con il modulo di cartella clinica informatizzata.

Registrazione informatica schede SICHER

SiChER è il sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico e consente di raccogliere informazioni relative all'insorgenza di un evento infettivo.

Nel 2013 è stato ultimato e convalidato l'import automatico dei dati delle schede SICHER, attraverso l'integrazione del gestionale di sala operatoria con il software dedicato.

In seguito alla verifica della funzionalità del processo, dal 2013 sono state abolite le schede cartacee preesistenti: per arrivare a ciò è stata programmata una intensa attività di formazione/supporto/ consulenza agli operatori.

Dispositivi Medici

In coerenza con le indicazioni regionali relative al sistema di vigilanza sui dispositivi medici, definito con delibera di Giunta 1523/2008, a livello locale sono stati individuati i Referenti Aziendali della Vigilanza (RAV) sui dispositivi medici: Area apparecchiature elettromedicali, Dispositivi medici, Dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Il Referente per la vigilanza provvede ad inviare al ministero della Salute e al Servizio Politica del Farmaco le segnalazioni di Incidente e Mancato Incidente.

Le segnalazioni effettuate sono state in totale 10 nel corso dell'anno 2010, 22 nel corso dell'anno 2011, 37 nel corso dell'anno 2012, 25 nel corso dell'anno 2013.

Nel 2013, secondo indicazioni regionali, è stata adottata la Procedura Generale PG65 per la Gestione e la Vigilanza dei Campioni Gratuiti di Dispositivi Medici. E' stato istituito il registro dei campioni gratuiti di Dispositivi Medici ed Apparecchiature Biomediche.

Sicurezza dei Dispositivi Medici nelle cure Domiciliari

Nel 2013 è stato adottato il protocollo per la gestione dei pazienti in ossigenoterapia e ventilo terapia domiciliare, in base al quale, sono stati attivati maggiori controlli sulla ditta erogatrice del servizio. E' stato elaborato e somministrato il questionario destinato ai pazienti che utilizzano a domicilio ventilatori e apparecchiature accessorie a supporto della ventilazione per valutare la qualità del servizio fornito.

Progetto sicurezza dei sistemi infusionali

I sistemi di infusione per la somministrazione di terapie sono ampiamente diffusi nelle strutture sanitarie. Si stima, infatti, che il 90% dei pazienti viene sottoposto a terapie di infusione durante il ricovero, per la somministrazione di nutrienti, terapie e farmaci critici. Di queste, una notevole percentuale viene effettuata mediante sistemi infusionali.

L'analisi della letteratura internazionale unita al monitoraggio di avvisi di sicurezza, azioni correttive sui prodotti nonché, segnalazioni di incidente/mancato incidente, sia a livello nazionale che internazionale, ha evidenziato la forte incidenza e trasversalità degli eventi per modelli e costruttori.

La presa di coscienza della problematica ha portato l'Azienda di Rimini a promuovere azioni di sensibilizzazione del personale sanitario e ad attivare, nel corso del 2013, il progetto per l'implementazione di una rete organizzativa e tecnologica sovraaziendale di sicurezza per la

somministrazione dei farmaci con i sistemi infusionali al fine di prevenire l'accadimento di eventi avversi e di integrare ed ottimizzare le risorse umane e tecnologiche

Monitoraggio e gestione delle segnalazioni

Presenta carattere di continuità il **monitoraggio e gestione delle segnalazioni**, effettuato sulla base dei flussi informativi provenienti dalle segnalazioni spontanee ed eventi sentinella, esposti e reclami, database del contenzioso. Gli eventi significativi sono stati analizzati dalle equipe di riferimento, con il supporto della Gestione del Rischio, e valutati anche con l'utilizzo di strumenti avanzati quali la R.C.A. (root cause analysis), o S.E.A (significant event audit) per la ricerca dei correttivi. In concomitanza, ove possibile, è stato attivato il percorso di mediazione ed ascolto per ricostruire il rapporto fiduciario fra il cittadino e la struttura sanitaria. E' proseguita inoltre la diffusione ed il consolidamento del sistema di segnalazione spontanea di Incident Reporting sia nei Dipartimenti Ospedalieri che nei Dipartimenti Territoriali.

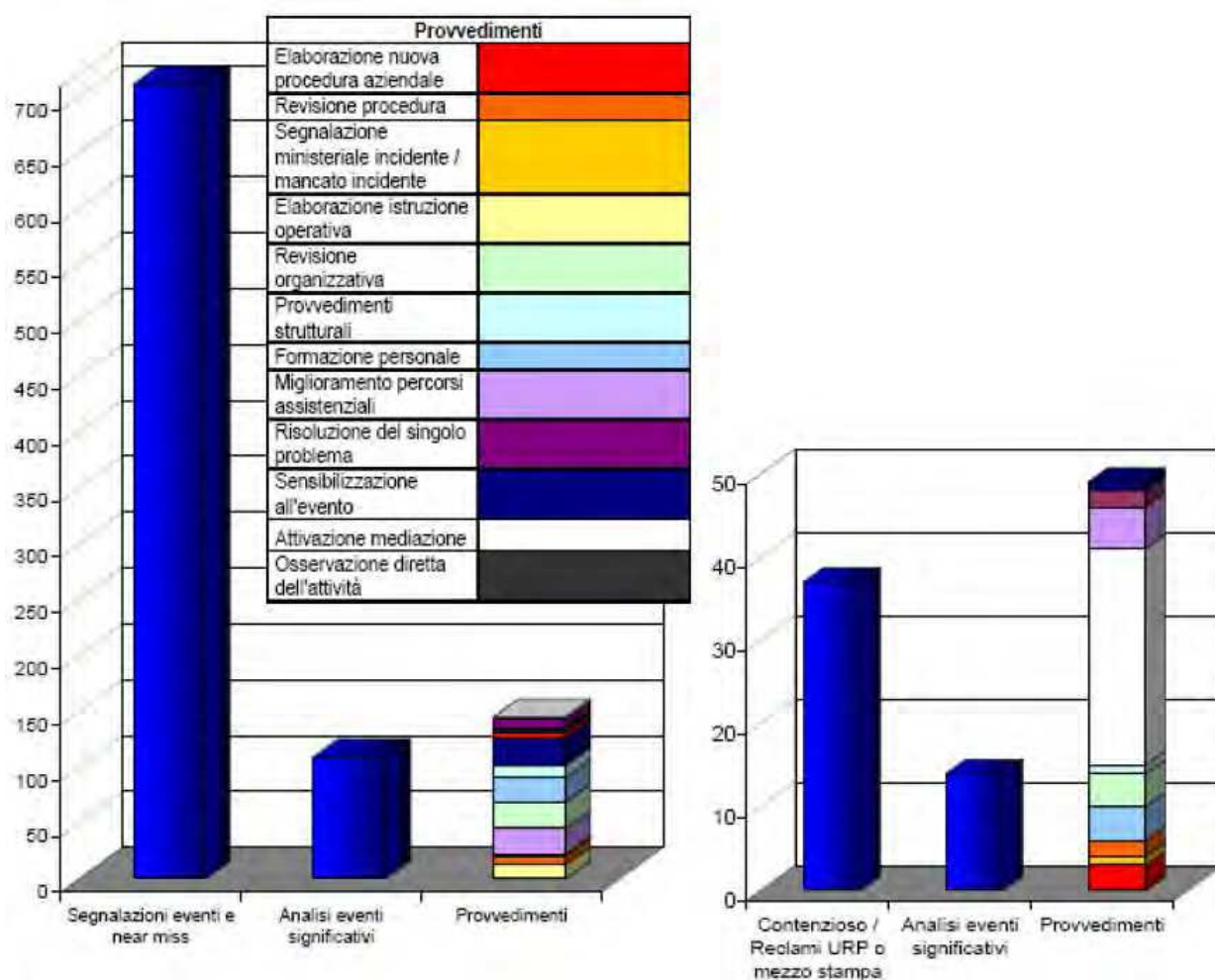


Figura 3. Fonti delle segnalazione e analisi eventi significativi / Provvedimenti / (2004 – 2013)

**CONDIZIONI DI LAVORO
COMPETENZE DEL PERSONALE
ED EFFICIENZA DELLA ORGANIZZAZIONE**

4

Note di sintesi: condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza della organizzazione

Nel complesso, al 31/12/2013, le risorse umane a vario titolo impegnate (dipendenti, convenzionati, rapporti di lavoro autonomo, borsisti) in attività lavorativa nell'Azienda sono pari a 4.926 unità. Fra il personale dipendente, con riferimento al genere, le donne rappresentano il 71%, mentre in relazione alla categoria professionale, gli infermieri sono il profilo più numeroso (45%), seguiti dai dirigenti medici e veterinari (15%), dagli OTA, OSS ed ausiliari (11%), dal personale tecnico sanitario (10%), personale amministrativo non dirigente (10%), altri dirigenti Sanitari-APT (2%) e dell'altro personale (6%).

Il Collegio di Direzione, istituito con Deliberazione del Direttore Generale AUSL n. 663 del 30/12/2009, è l'organo dell'Azienda, nominato dal Direttore Generale, che assicura la partecipazione decisionale dell'alta dirigenza sanitaria e fa sì che la partecipazione organizzativa dei professionisti sia finalizzata ad orientare lo sviluppo dell'Azienda in modo coerente con gli standard più avanzati di assistenza sanitaria, i bisogni riscontrati nella popolazione e lo sviluppo degli strumenti di governo clinico.

Allo scopo di proseguire l'attività di consolidamento della funzione del Risk management aziendale nel corso dell'anno 2013 con Deliberazione del Direttore Generale n. 485 è stato approvato il documento di aggiornamento della valutazione dei rischi (DVR) del Presidio Ospedaliero di Rimini-Santarcangelo- Novafeltria e di Riccione-Cattolica.

I lavoratori dell'Azienda, sulla base delle risultanze della valutazione dei rischi ed in riferimento alle mansioni effettivamente svolte, sono sottoposti a visita medica con la periodicità e gli accertamenti strumentali previsti dal protocollo sanitario redatto dal medico competente/autorizzato. Durante le visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono informati sul significato degli accertamenti sanitari e sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

Il fenomeno infortunistico, cioè il numero di infortuni denunciati all'INAIL/numero totale dei dipendenti x 100, ha avuto nel 2013 un'incidenza complessiva del 7,5%; in termini assoluti questo ha significato 41 infortuni in itinere, 56 da rischio biologico e 232 cosiddetti altri (da rischio chimico, da caduta, da ustione provocata da calore, da sforzo eccessivo per sollevare cose o persone, ecc.).

Le risorse umane rappresentano il fattore produttivo centrale dei sistemi organizzativi; questa considerazione riveste maggiore significato all'interno delle Aziende Sanitarie, nelle quali la qualità del servizio reso è fortemente condizionata dalla competenza dei professionisti che vi operano. Tale competenza acquista la sua rilevanza strategica e valoriale attraverso l'azione che lega l'attività del singolo ad un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite dalla struttura stessa.

Nell'ambito del percorso di valorizzazione e sviluppo delle competenze e dei ruoli delle professioni sanitarie, è proseguito, anche nel corso del 2013, l'impegno ad individuare le aree e le modalità di declinazione innovativa delle responsabilità, organizzative e professionali, del personale infermieristico e tecnico attraverso il riconoscimento dei ruoli e l'attribuzione di specifiche responsabilità.

4.1 LA CARTA D'IDENTITA' DEL PERSONALE

La fotografia del personale dell'Azienda USL di Rimini al 31.12.2013 mette in evidenza che il complesso delle risorse umane è pari a n. 4.926 unità.

Sono comprese nelle 4.926 unità tutti i lavoratori che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda, quindi sia lavoratori dipendenti, che personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Guardie Mediche, specialisti ambulatoriali,) nonché personale con rapporto di lavoro autonomo (collaborazioni coordinate e continuative e con partita IVA) e borsisti.

La percentuale più alta (88%) è rappresentata dai lavoratori dipendenti (a rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato) pari a 4.336 unità.

Dalla tabella del personale dipendente suddiviso per categoria professionale si può rilevare che il personale infermieristico è la categoria più numerosa (45%), a scalare i dirigenti medici e veterinari (15%), gli OTA OSS ed ausiliari (11%), personale tecnico sanitario (10%), il personale amministrativo non dirigente (10%), altri dirigenti Sanitari-APT (2%).

Esaminando le tabelle di classificazione del personale per livello di assistenza si evidenzia che l'ambito della degenza ospedaliera è quello che occupa la maggior percentuale di lavoratori dipendenti (n.2889 complessivamente su 4.336 dipendenti, pari al 67%), tenuto conto che nel territorio aziendale sono presenti n. 5 Ospedali:

- Presidio Ospedaliero di Rimini, Santarcangelo e Novafeltria comprendente l'Ospedale Infermi di Rimini, l'Ospedale Franchini di Santarcangelo e l'Ospedale di Novafeltria;
- Presidio Ospedaliero di Riccione e Cattolica comprendente l'Ospedale Ceccarini di Riccione e l'Ospedale Cervesi di Cattolica.

In relazione alla tabella del personale suddiviso per classi di età si rileva:

- il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato di questa Azienda è composto per circa il 31% da lavoratori compresi nella fascia di età fra i 45 e 54 anni, immediatamente dopo per il 30% i lavoratori che hanno fra i 36 e i 44 anni, quindi il 22% è rappresentato da personale sotto i 35 anni;
- solo il 16% è rappresentato da personale tra i 55 e i 64 anni di età;

La componente femminile rappresenta il 71% del personale complessivo (3.060 femmine e 1.276 maschi).

La componente maschile invece è preponderante solo nel profilo della dirigenza medica (347 uomini e 311 donne).

Conseguentemente anche il personale part - time è rappresentato maggiormente dalla componente femminile (266 donne e solo 12 uomini).

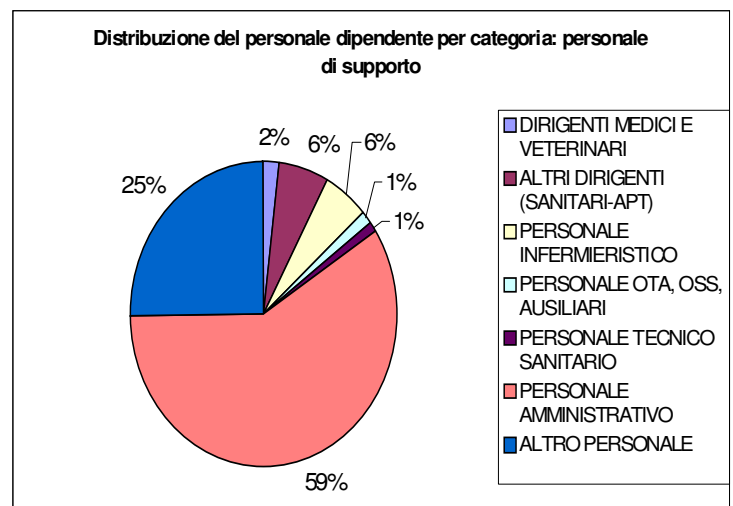
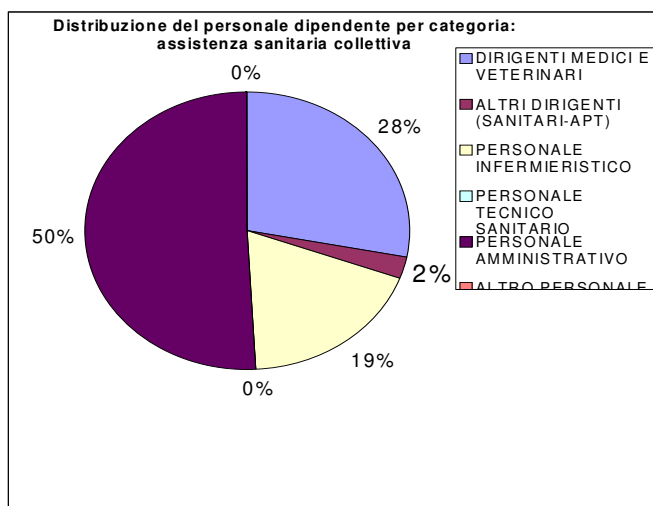
Tipologia contrattuale:

PERSONALE SUDDIVISO PER TIPOLOGIA CONTRATTUALE		
	N.	Percentuale
DIPENDENTI *	4336	88%
CONVENZIONATI	503	10%
ALTRO PERSONALE: INCARICO LIBERO PROF, CO.CO.CO E CO.CO.PRO, BORSISTI	87	2%
TOTALI	4.926	100%

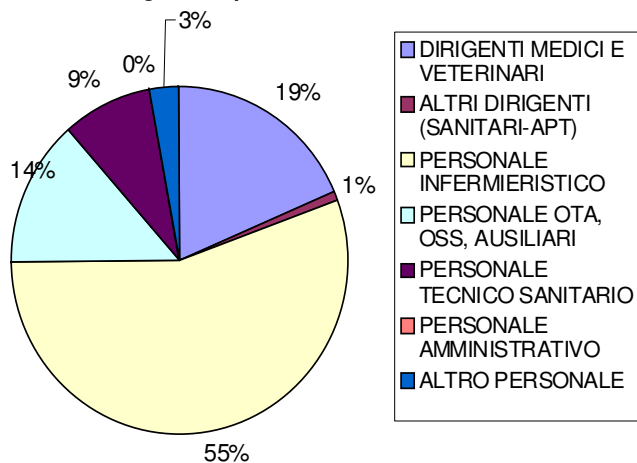
* Fonte pianta organica 31/12/2013.
Sono compresi nel numero indicato tutti i dipendenti a tempo indeterminato, a tempo determinato, il personale in comando ed il personale assunto in base all'art. 15 SEPTIES

Categoria di personale dipendente:

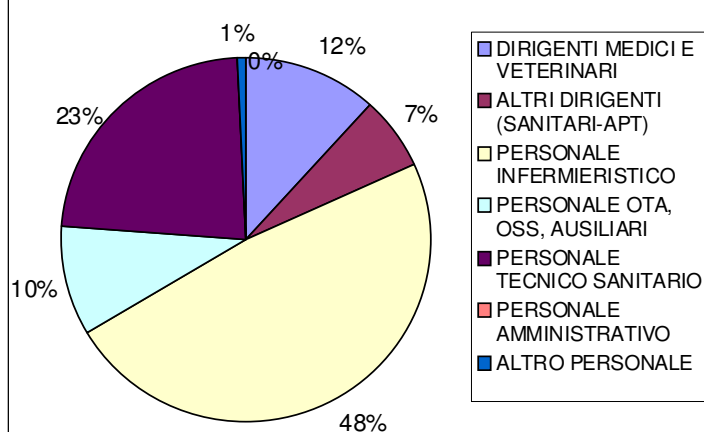
PERSONALE DIPENDENTE SUDDIVISO PER CATEGORIA		
	N.	percentuale
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	658	15%
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	104	2%
INFERMIERI	1936	45%
OTA, OSS, AUSILIARI	466	11%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	453	10%
AMMINISTRATIVO	441	10%
ALTRO PERSONALE	278	6%
TOTALI	4.336	100%



**Distribuzione del personale dipendente per categoria:
degenza ospedaliera**



**Distribuzione del personale dipendente per categoria:
assistenza distrettuale**



Anagrafica del personale dipendente per sesso e categoria:

ANAGRAFICA DEL PERSONALE DIPENDENTE					
DIPENDENTI	MASCHI N.	%	FEMMINE N.	%	TOTALI
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	347	8%	311	7%	658
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	25	1%	79	2%	104
PERSONALE INFERMIERISTICO	395	9%	1.541	36%	1936
PERSONALE OTA, OSS, AUSILIARI	83	2%	383	9%	466
PERSONALE TECNICO SANITARIO	154	4%	299	7%	453
PERSONALE AMMINISTRATIVO	98	2%	343	8%	441
ALTRO PERSONALE	174	4%	104	2%	278
TOTALI	1.276	29%	3.060	71%	4336

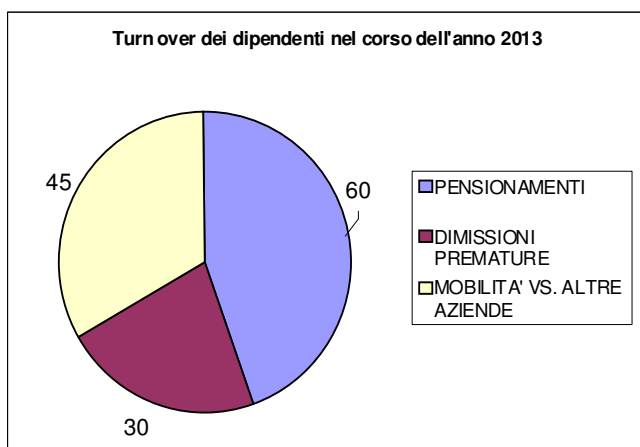
Anagrafica del personale dipendente per sesso e tipologia di rapporto contrattuale:

	RAPPORTO A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO MASCHI	DI CUI RAPPORTO A TEMPO PARZIALE	RAPPORTO A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO FEMMINE	DI CUI RAPPORTO A TEMPO PARZIALE	TOTALE GENERALE	DI CUI A TEMPO PARZIALE
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	347	2	311	8	658	10
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	25	0	79	2	104	2
PERSONALE INFERMIERISTICO	395	1	1.541	174	1936	175
PERSONALE OTA, OSS, AUSILIARI	83	0	383	13	466	13
PERSONALE TECNICO SANITARIO	154	6	299	26	453	32
PERSONALE AMMINISTRATIVO	98	2	343	36	441	38
ALTRO PERSONALE	174	3	104	7	278	10
TOTALI	1.276	14	3.060	266	4.336	280

Anagrafica del personale dipendente a tempo indeterminato per classi di età:

PERSONALE DIPENDENTE SUDDIVISO PER CLASSI DI ETA'												
CLASSI ETA'	<= 35		36 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	19	57	71	102	121	95	136	56	0	1	347	311
ALTRI DIRIGENTI (SANITARI-APT)	2	18	9	20	7	17	7	24	0	0	25	79
PERSONALE INFERMIERISTICO	152	435	122	561	77	424	44	121	0	0	395	1541
PERSONALE OTA, OSS, AUSILIARI	23	48	28	114	21	170	11	51	0	0	83	383
PERSONALE TECNICO SANITARIO	53	81	25	65	42	95	34	58	0	0	154	299
PERSONALE AMMINISTRATIVO	15	40	33	102	31	138	19	63	0	0	98	343
ALTRO PERSONALE	24	7	46	23	73	41	31	33	0	0	174	104
TOTALI	288	686	334	987	372	980	282	406	0	1	1276	3060

Indice di turn over dei dipendenti:



4.2 PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALLA INDIVIDUAZIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI E ALLA GESTIONE OPERATIVA

Il Collegio di Direzione è l'organo dell'Azienda, nominato dal Direttore Generale, che assicura la partecipazione decisionale dell'alta dirigenza sanitaria e fa sì che la partecipazione organizzativa dei professionisti sia finalizzata ad orientare lo sviluppo dell'Azienda in modo coerente agli standard più avanzati di assistenza sanitaria, ai bisogni riscontrati nella popolazione e all'implementazione degli strumenti del governo clinico (qualità, innovazione e ricerca, gestione del rischio clinico, audit, formazione continua).

Il Collegio formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, lo sviluppo del governo clinico, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione in collaborazione con il Collegio delle Professioni Sanitarie e con i Dipartimenti, le attività di ricerca ed innovazione e di gestione del rischio, la valorizzazione delle risorse umane ed i sistemi di valutazione.

In particolare, il Collegio elabora proposte e pareri su:

- Linee strategiche per il governo locale del sistema dei servizi sanitari, elaborate dalla Direzione Generale sulla base degli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nel rispetto del Piano Sanitario e Sociale Regionale
- Documenti aziendali di programmazione, organizzazione e rendicontazione periodica e regolamenti attuativi dell'Atto Aziendale
- Organizzazione e sviluppo dei servizi sanitari, governo delle attività assistenziali e valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni, continuità dell'assistenza e revisione sistematica della qualità
- Programmazione aziendale di Formazione permanente, che elabora e propone al Direttore Generale, in collaborazione con il Collegio delle Professioni e con i singoli Dipartimenti nonché sulle attività didattiche correlate al protocollo d'intesa regione – università
- Programmi di Ricerca, Innovazione e Sviluppo tecnologico ed organizzativo, con relativi piani di formazione
- Politiche di valorizzazione e sistemi di valutazione delle risorse umane e professionali, in collaborazione con il Collegio delle Professioni Sanitarie
- Programma aziendale di Gestione del Rischio, per le cui attività il Collegio costituisce l'organo di governo ed i Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione
- Libera professione, anche al fine di individuare strumenti e modalità per il monitoraggio di tale attività e di valutazione dei tempi di attesa
- Committenza ai soggetti privati accreditati, per la definizione della quantità, tipologia e qualità dei servizi/prestazioni da commissionare all'esterno.

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni ed è composto dai seguenti membri di diritto: il Direttore Sanitario dell'Azienda, in qualità di Presidente, i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, i Responsabili infermieristici/tecnici dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, due medici di medicina generale ed un pediatra di libera scelta con compiti di coordinamento, un medico specialista ambulatoriale responsabile di struttura organizzativa.

Sono invitati permanenti senza diritto di voto: il Direttore Amministrativo, i Direttori di Distretto, il Direttore delle Attività socio - sanitarie, i Direttori delle Direzioni Tecniche Aziendali, il Presidente del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie, i medici di Direzione Ospedaliera, i componenti del board aziendale (nucleo di lavoro sulla ricerca e innovazione).

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare, in relazione alla specificità degli argomenti trattati, i Responsabili delle funzioni di staff e di altre articolazioni organizzative aziendali e/o dipartimentali, comprese le posizioni di rilievo organizzativo e professionale del comparto.

Il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal Collegio stesso ed adottato dal Direttore Generale.

Il Collegio può eleggere al proprio interno e tra i membri di diritto, su proposta del Presidente, un Vice Presidente, e può articolarsi in Comitati esecutivi o finalizzati allo sviluppo degli strumenti del governo clinico, cui possono far parte anche i Responsabili degli uffici di staff ed operatori in possesso di qualificata competenza ed esperienza.

In caso di decisioni assunte dal Direttore Generale in dissenso rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, il Direttore Generale formula adeguate motivazioni che trasmette al Collegio.

Periodicamente il Collegio di Direzione viene riunito sia in modalità "ristretta" (solo i Direttori di Dipartimento oltre alla Direzione Generale), sia "allargata" ampliando l'invito alla partecipazione dei Direttori di UUOO, ai Responsabili di Modulo, alla Direzione Assistenziale Allargata (DAD); ai Coordinatori.

Per evitare di sovraccaricare i componenti del CdD con incontri ripetuti si è stabilito di procedere lavorando per gruppi.

E' stato individuato un gruppo di lavoro all'interno del Collegio di Direzione a cui è stato delegato il compito di seguire con particolare attenzione principalmente l'area della Ricerca & Innovazione relazionando poi nei momenti collettivi.

Un secondo gruppo di lavoro è stato individuato per seguire nello specifico l'elaborazione e l'approvazione del Piano Annuale di Formazione (PAF) con incontri dedicati di approfondimento.

Nel corso dell'anno 2013 sono stati affrontati, tra gli altri, i seguenti argomenti di strategia Aziendale:

- Aggiornamento professionale
- Piano Aziendale Ricerca e Innovazione
- ALPI 2013
- Ospedale e territorio senza dolore
- Approvazione P.A.F.
- Approvazione Piano Aziendale Ricerca e Innovazione
- Progetto FIASO benessere organizzativo: la situazione dell'Azienda USL
- Ruolo della genetica medica nella pratica clinica
- Piano Sicurezza Aziendale
- Accordi di Fornitura e Mobilità Sanitaria
- Nuovo Servizio di Emergenza Territoriale
- La Medicina Nucleare di Cesena: Percorsi diagnostico- terapeutici
- Piano Nazionale Esiti e sua ricaduta
- Monitoraggio attività chirurgica aziendale
- Controllo malattie infettive ospedaliere e territoriali
- Cartella clinica informatizzata
- Chirurgia senologica: quali innovazioni
- Nuovo sito web aziendale
- Progetti di centralizzazione in A.V.R.
- U.O. di Oculistica Aziendale
- Nuova procedura sulla gestione delle cadute in ospedale
- Uso dei farmaci biotecnologici nell'Azienda USL di Rimini
- Consumo di antibiotici in Regione e confronto con i dati dell'Azienda USL di Rimini
- Percorso del paziente con ictus
- Sicurezza nelle trasfusioni ed emovigilanza
- La chirurgia epatobiliopancreatica
- Farmaci Off-Label
- La chirurgia onco – ginecologica
- Programmazione obiettivi anno 2014
- Percorsi aziendali: dati epidemiologici
- Ictus
- Scompenso cardiaco
- Broncopneumonia Cronica Ostruttiva
- Presentazione dei risultati del questionario sulla formazione elaborato dal Collegio Aziendale Professioni Sanitarie
- Dati inerenti la plasmaferesi e la granulocito aferesi
- Organizzazione dell'attività di riabilitazione nell'Azienda USL
- Gestione delle infezioni in ambito aziendale
- Attività chirurgica presso l'Ospedale di Novafeltria
- Gestione delle lesioni focali del fegato presso l'Azienda USL di Rimini
- Percorso aziendale: pazienti con neoplasia polmonare
- Emocomponenti per uso topico

4.3 GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA

Nelle sezioni che seguono saranno trattati gli obiettivi principali dell'anno 2013 relativamente al presente argomento, che si inscrivono nel più generale percorso di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza degli operatori sanitari sviluppato dall'Azienda USL di Rimini nel corso degli anni.

4.3.1 VALUTAZIONE DEI RISCHI

Sono stati formalmente approvati con Deliberazione del Direttore Generale N. 485 del 18/07/2013, i documenti di aggiornamento della valutazione dei rischi (DVR) del Presidio Ospedaliero di Rimini-Santarcangelo- Novafeltria e di Riccione-Cattolica.

4.3.2 SORVEGLIANZA SANITARIA

I lavoratori dell'Azienda ,in base alle risultanze della valutazione dei rischi e alle mansioni effettivamente svolte, sono sottoposti a visita medica con la periodicità e gli accertamenti strumentali previsti dal protocollo sanitario redatto dal medico competente - autorizzato.

Durante le visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono informati sul significato degli accertamenti sanitari e, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

Tutti i lavoratori sono messi a conoscenza dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati, anche attraverso la consegna di fotocopia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche, nonché delle visite specialistiche ritenute necessarie per l'avvio e la conclusione degli approfondimenti diagnostici.

Le cartelle sanitarie di ciascun dipendente sono conservate con le consuete modalità nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Strumenti informatici

A partire da giugno 2013 si è dato l'avvio all'utilizzo della cartella informatizzata per la sorveglianza sanitaria predisposta da "LOG 80", comune per tutti i medici competenti/autorizzati delle AUSL della Area Vasta Romagna.

Attività di revisione-aggiornamento della documentazione

1. E' stato aggiornato il protocollo sanitario di sorveglianza sanitaria sulla base delle indicazioni contenute nella proposta di protocollo regionale stilato dai medici competenti delle Aziende USL della RER (in fase di approvazione)
2. Nel 2013 è stata portata a termine la prima revisione del documento "la valutazione del rischio tubercolosi per gli operatori sanitari e la sorveglianza sanitaria del medico competente" riferita al triennio 2010-2012
3. predisposizione ed utilizzo in fase di visita medica preassuntiva della modulistica relativa alla valutazione del sovraccarico biomeccanico del rachide per le U.O. con MAPO > 1.5

Attività di partecipazione

1. gruppo di coordinamento RER dei MC e RSPP :
sottogruppo di coordinamento MC sulla tematiche

Gruppo Regionale Alcool (4 incontri di 4 ore)	Dott.ssa C. E.
Gruppo Regionale Reinserimenti Lavorativi (4 incontri di 4 ore)	Dott.ssa V. L.

2. gruppo di coordinamento di Area Vasta Romagna dei MC
3. gruppo di coordinamento di Area Vasta Romagna dei Medici Autorizzati (MA) ed Esperti Qualificati (EQ)
4. incontri di formazione con esperti di Log 80 per l'utilizzo della cartella informatizzata con presenza sia dei medici competenti che del personale infermieristico della U.O. S.P.P.A.
5. incontri specifici con cadenza indicativamente bimestrale con la Direzione Infermieristica e Tecnica per la gestione di idoneità con limitazioni lavorative.
6. effettuazione di sopralluoghi degli ambienti di lavoro ai sensi dell'art 25 lettera I comma 1 del D.Lgs 81/2008 e smi.
7. docenza a corsi di formazione aziendale generale e specifica su " la sicurezza e salute dei lavoratori della sanità " Ed. 2013

Accertamenti sanitari

Totale lavoratori occupati in AUSL Rimini al 31/12/2013 sono 1281 maschi 3084 femmine.

Le visite effettuate nel 2013 sono state 2568, così suddivise:

- visite preventive/periodiche	2489
- visite su richiesta del lavoratore	64
- visite per malattia > 60gg	15

Dall'ottobre 2013 le visite mediche preassuntive precedentemente effettuate dal Dipartimento di Sanità Pubblica vengono eseguite dai medici competenti della U.O. SPPA.

Visite mediche effettuate nel 2013

LAVORATORI AUSL RIMINI	2194	2023	171
CORSO DI LAUREA TECNICI SAN. RAD. MED.	53	53	0
CORSO DI FORMAZIONE PER OSS	208	208	0
CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICHE/OSTETRICIA	113	112	1
	Totale visite mediche 2568	Totale idonei 2396 (93.3%)	Totale inidoneità parziali 172 (6.7%)

Nelle tabella che segue sono rappresentati i giudizi di idoneità suddivisi nelle diverse tipologie di idoneità lavorativa

IDONEI	2396
ID CON LIMITAZIONI/PRESCRIZIONI TEMPORANEE	15
ID CON LIMITAZIONI/PRESCRIZIONI PERMANENTI	156
NON IDONEO PERMANENTEMENTE	0
NON IDONEO TEMPORANEMENTE	1
TOTALE	2568

Nel corso dell'anno 2013 sono stati eseguiti 2568 accertamenti sanitari preventivi e periodici; sono stati ritenuti idonei alla mansione specifica 2396 operatori sanitari mentre per i restanti 172 operatori sanitari (pari al 6.7 % del totale) è stato formulato un giudizio di idoneità lavorativa con limitazioni/prescrizioni.

Nel 2013 non è stato compilato, da parte del Medico Competente/Autorizzato Aziendale alcuna certificazione di malattia professionale.

4.3.3 SALUTE DEI LAVORATORI / BENESSERE ORGANIZZATIVO

L'Azienda USL di Rimini ha aderito alla seconda parte " Progetto FIASO " 2013-14 con delibera del Direttore Generale n. 629 del 27/09/12 con le seguenti attività:

1) Formazione agli operatori sanitari finalizzata allo sviluppo del benessere organizzativo : lo psicologo della U.O. SPPA ha condotto 2 corsi di formazione agli operatori delle U.O. Chirurgia della Spalla Ospedale Cervesi di Cattolica e Pool Infermieristico. N. Partecipanti 55 operatori;

2) Ricerca-intervento " TUTTICASAE LAVORO " : nel primo semestre 2013 si è conclusa la ricerca-intervento con formazione mediante la metodologia del Playback Theatre (ultimo incontro è stato svolto il 17/05/13). Nel secondo semestre è stata effettuata l'elaborazione dei questionari, stesura relazione dei risultati. La presentazione dei risultati verrà effettuata nel primo semestre dell'anno 2014 con una giornata di formazione aperta ai dipendenti dell'Azienda che hanno partecipato alla ricerca-intervento;

3) Formazione neo-assunti con 6 corsi attivati; 4) Ambulatorio per il disagio psicologico a fattori correlati allo stress lavorativo: 17 operatori presi in carico.

4.3.4 GESTIONE DEGLI INFORTUNI

Gli infortuni rappresentano eventi che, al di là dei danni provocati alle persone, possono essere utili per mettere in risalto le problematiche inerenti le attrezzature, l'organizzazione ed i luoghi di lavoro.

Relativamente all'anno 2013, vengono riportati gli infortuni avvenuti presso tutte le strutture organizzative aziendali (Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento di Sanità Pubblica e Corso di Laurea in Infermieristica) evidenziando l'andamento temporale con l'esplicitazione delle tendenze in atto, l'esame delle cause più frequenti e delle circostanze.

Le informazioni relative agli eventi infortunistici derivano dall'esame dei dati contenuti nei registri infortuni delle suddette strutture aziendali e possono essere suddivisi in tre grandi gruppi:

- **infortuni in "itinerare"** – infortuni avvenuti sul percorso casa-lavoro e viceversa (ad eziopatogenesi extra-lavorativa ma con prognosi maggiore);
- **infortuni "biologici"** – infortuni a rischio biologico conseguenti a : puntura/taglio con aghi e strumenti chirurgici (di natura strettamente sanitaria ma frequentemente con prognosi nulla) e/o contatto con materiali biologici provenienti da pazienti affetti da tubercolosi o meningiti ecc...;
- **infortuni "da altre cause"(c.d. comuni)** – infortuni da : urti, cadute/ scivolamenti, mobilitazione manuale pazienti, movimentazione manuale dei carichi, aggressioni, agenti chimici, ustioni e tagli (correlabili a molte mansioni e con prognosi significativa).

Nell'anno 2013 gli infortuni nell'Azienda USL di Rimini hanno comportato 4560 giornate complessive di assenza per un totale di 329 eventi infortunistici, con una assenza media per singolo evento pari a 13 giornate lavorative perse (Tab. 1).

I dati espressi in tabella 1 indicano al primo posto, come numero totale di infortuni, quelli conseguenti agli incidenti da altre cause (c.d. comuni) ovvero che non sono tutti peculiari del settore sanitario (cadute, urti, scivolamenti....) e, conseguentemente, necessitano di valutazioni appropriate dal punto di vista manutentivo, gestionale ed organizzativo.

Al secondo posto, risultano come numero totale gli infortuni di tipo biologico.

Tab. 1

Gruppo	N° Infortuni Anno 2012	N° Infortuni Anno 2013	Giorni di assenza Anno 2012	Giorni di assenza Anno 2013	Giorni di assenza media Anno 2012	Giorni di assenza media Anno 2013
IN ITINERARE	68	41	1448	1117	21	27
BIOLOGICO	97	56	15	6	/	/
CAUSE "COMUNI"						
Chimico	/	/	/	/	/	
Cadute/Scivolamenti	61	40	1363	860	22	21
Altre e indeterminate	48	65	697	650	14	10
MMCarichi	35	39	640	559	18	14
MMPazienti	79	53	1475	965	18	18
Taglio coltelli/lame	4	9	15	41	4	4
Urti	27	20	337	20	12	1
Aggressioni/Violenza da terzi	25	6	100	82	4	13
	444	329	6090	4560	12	13

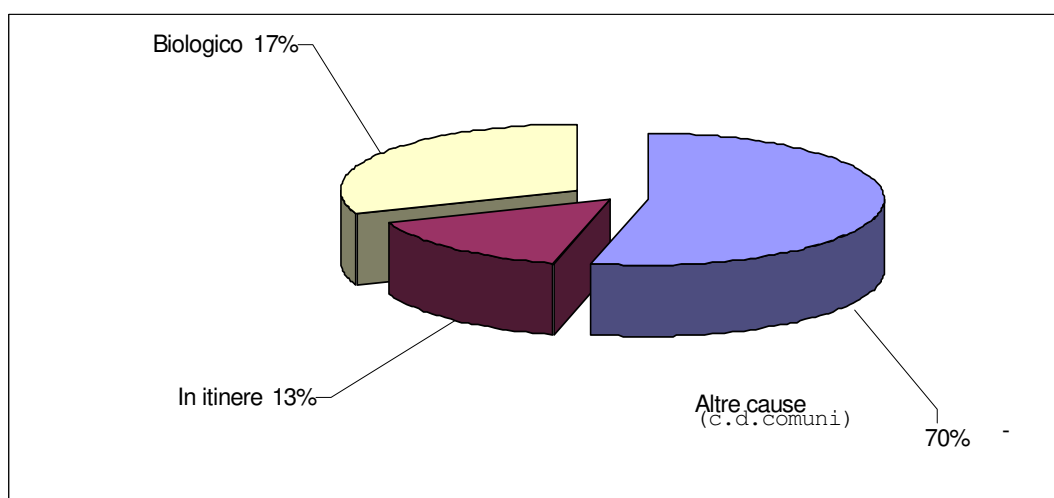
Nell'anno 2013 gli infortuni, come rappresentato nella successiva Fig. 1, si sono manifestati con la seguente distribuzione:

- 1) 232 "da altre cause" (c.d. comuni) con una percentuale del 70%;
- 2) 56 rischio biologico con una percentuale del 17%;

3) 41 in itinere con una percentuale del 13%

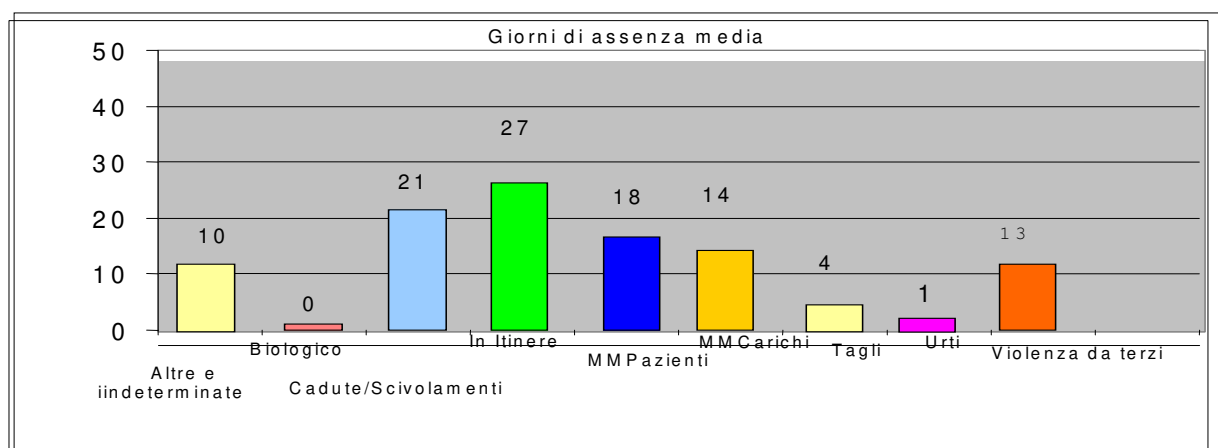
Come si può notare la somma degli infortuni relativi "ad altre cause" (c.d. comuni) corrisponde al 62% degli infortuni totali, mentre gli infortuni a rischio biologico sono risultati il 23%.

Tipo	infortuni	%
Altre cause-c.d. comuni	232	70
In itinere	41	13
Biologico	56	17



Gli infortuni hanno comportato una assenza media per ciascun evento pari a 13 giorni.

Gli infortuni per altre cause (c.d.comuni) hanno comportato complessivamente 3437 giorni di assenza, con una media rispettivamente di 14 giorni per "movimentazione manuale carichi" (sforzi con carichi), 27 giorni in itinere, 21 per cadute e scivolamenti, , 10 per altre cause e indeterminate, 18 per mobilizzazione pazienti, 1 per urti, 4 per tagli e 13 per violenza da terzi (nelle degenze, e nei pronto soccorso aziendali).



In Tab. 2 sono stati riportati gli infortuni aziendali suddivisi per tipologia forma/agente da cui risultano come principali accadimenti: **28** casi punto da ago, **19** casi a contatto con sangue/materiali biologici, pazienti con tubercolosi o meningite, **9** casi taglio con strumenti chirurgici, **53** casi esercitando uno sforzo/paziente(MMPz)", **65** casi altro/indeterminati, **40** casi complessivamente relativi a cadute, **20** casi urto /colpito da, **6** casi aggressioni da pazienti/visitatori, **39** esercitato uno sforzo/materiali solidi (MMC), **4** movimenti scoordinati/piede in fallo, **9** taglio con bisturi/strumenti chirurgici e **9** casi si è tagliato con lame-coltelli.

Tab. 2 Infortuni anno 2013 per forma/agente		
<i>Principali tipologie di forma/agente</i>	<i>n. inf.</i>	
A contatto con sangue/ materiali biologici, pz con TBC, meningite	19	BIOLOGICO
Punto da ago	28	
Taglio con bisturi/ strumenti chirurgici	9	
Totale biologico	56	
In itinere	41	IN ITINERE
Chimico –Intossicazione/Irritazione ecc	/	ALTRE CAUSE (c.d. comuni)
Esercitato uno sforzo/paziente (MMPz)	53	
Esercitato uno sforzo/materiali solidi (MMC)	39	
Cadute in piano/superfici di transito	14	
Cadute sul bagnato/superfici di transito	22	
Ustioni da calore	-	
Aggressioni da pazienti/visitatori	6	
Ha urtato contro- colpito da	20	
Altro/indeterminati	65	
Movimenti scoordinati/piede in fallo	4	
Si è tagliato con lame-coltelli	9	
Totale altre cause (c.d. comuni)	232	
Totale complessivo	329	

A fronte di un numero complessivo di 4359 dipendenti (al 31-12-2013), il fenomeno infortunistico, cioè il N° di infortuni denunciati all'INAIL/N° totale dei dipendenti x 100, ha una incidenza complessiva del 7,5 % di cui il rischio biologico rappresenta il 0,9 %.

4.3.5 GESTIONE DELLE EMERGENZE

Relativamente a quest'ultimo argomento, nell'anno 2013, sono state condotte le consuete prove di simulazione dei Piani di Emergenza Interna nei Presidi Ospedalieri aziendali e nelle principali strutture Territoriali consistenti nell'attivazione di alcune procedure e nell'allertamento dei principali attori dell'emergenza interna – non sanitaria – senza il coinvolgimento del pubblico e senza l'utilizzo di attrezzature antincendio.

E' stato redatto il Piano di Emergenza Inteno (PEI) aggiornato dell'Osp. Infermi di Rimini in relazione agli avvenuti trasferimenti delle UU.OO. nel DEA; è stato completato il capitolo integrativo sulla gestione del post-incendio che costituirà un addendum per tutti i PEI aziendali.

4.4 RIDEFINIZIONE DEI RUOLI PROFESSIONALI IN RELAZIONE ALLO SVILUPPO DELLE STRATEGIE AZIENDALI.

Obiettivi specifici: sviluppare competenze e ruoli delle professioni sanitarie, individuare le aree e le modalità di declinazione innovativa delle responsabilità, organizzative e professionali, del personale infermieristico e tecnico.

E' ormai culturalmente acquisito il concetto secondo cui le *risorse umane* rappresentano il fattore produttivo centrale dei sistemi organizzativi. Questo dato acquista ancor più rilevanza all'interno delle Aziende Sanitarie, nelle quali la qualità del servizio reso viene fortemente condizionata dalla *competenza* dei professionisti che vi operano. Tale competenza acquista la sua rilevanza strategica e valoriale attraverso l'azione che lega l'attività del singolo ad un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite della struttura stessa. Seguendo questo principio, la Direzione Assistenziale ha focalizzato la propria attività su alcuni aspetti ritenuti prioritari:

1. Valorizzare le funzioni di coordinamento e di direzione nel governo economico-finanziario, definire i percorsi di formazione e selezione per conferire le funzioni di coordinamento/direzione, attivare un percorso di attribuzione della parte variabile del coordinamento, valorizzando l'impegno nella gestione delle risorse umane e l'attivazione di percorsi di miglioramento.

2. Affermare la centralità delle risorse professionali "emergenti", generatrici di competenze e portatrici di saperi specifici.

La definizione delle competenze delle specifiche posizioni funzionali - in merito a come la singola posizione contribuisca al raggiungimento dei risultati aziendali - precisa l'attività che va svolta in relazione al fine globale della struttura, oltre che per sostanziarne i contenuti di autonomia e responsabilizzazione. In tal senso le direttrici di sviluppo sono state:

2.1 - Consolidamento di processi di valorizzazione della competenza per garantire l'esecuzione di prestazioni che richiedono l'acquisizione di specifiche conoscenze e/o sviluppo di particolari abilità e competenze. Tale lavoro è stato finalizzato al perseguimento di obiettivi quali: sviluppare un sistema di organizzazione del lavoro maggiormente orientato al risultato; pianificare percorsi di carriera sulla base dei risultati raggiunti; delegare responsabilità ed attività in funzione del livello di sviluppo delle competenze professionali, relazionali ed organizzative raggiunto dai diversi soggetti; innalzare il livello generale di motivazione. Tale percorso di valorizzazione delle competenze si è sviluppato secondo precise modalità.

Sviluppo dello strumento della *consulenza infermieristica* per definiti target di pazienti e pratiche assistenziali. In tal senso, sono stati avviati processi di valorizzazione della competenza mediante l'individuazione di spazi clinici infermieristici.

Consolidamento e sviluppo di nuove specifiche posizioni aziendali attraverso un processo di descrizione, analisi e valutazione delle attività da svolgere; attività di relazioni con le altre posizioni interne ed esterne e valutazione dell'impatto sui risultati aziendali. Le competenze delle diverse "posizioni" esistenti si collegano alle competenze attese dal contesto specifico aziendale, partendo da quanto indicato dalle normative e da altri documenti di riferimento (Leggi nazionali e regionali, Piani Sanitari, Contratto Collettivo Nazionale del lavoro, regolamenti dipartimentali e di U.O.) che definiscono gli obiettivi e le diverse strutture di responsabilità, oltre alle nuove procedure concorsuali di accesso.

L'orientamento costante è stato quello di utilizzare lo strumento della classificazione delle diverse *posizioni aziendali* come strumento di gestione per la valorizzazione delle risorse umane in corrispondenza ai diversi processi aziendali quali:

- definizione della dotazione organica, percorsi di mobilità,
- percorsi di carriera, supporto alla progressione economica,
- formazione come sviluppo di quelle competenze che possono portare ad ottenere prestazioni migliori in relazione agli obiettivi definiti dall'organizzazione.

2.2 - Orientamento dei percorsi formativi verso l'area clinica, manageriale e gestionale.

Sono stati definiti, realizzati e stabilizzati progetti formativi a sostegno della competenza e dell'organizzazione, in seguito all'attivazione di nuove strutture dedicate, alla necessità di ridefinire le relazioni organizzative ed interprofessionali o alla ridefinizione di profili di specifiche posizioni professionali.

A tal fine gli indirizzi forniti dalla Direzione Assistenziale per la formazione sono stati i seguenti:

- percorsi formativi volti a far acquisire la capacità di usare e far applicare metodiche quali: l'audit clinico, i gruppi di miglioramento, le conduzioni di ricerche e sperimentazioni;
- iniziative finalizzate a dare qualità all'esercizio delle competenze manageriali e gestionali, a rafforzare la leadership, a migliorare i processi di pianificazione, programmazione, progettazione, monitoraggio, controllo e valutazione (es. tecniche di project management, logiche per processi, budget...);
- iniziative di formazione ascrivibili al governo clinico (metodiche di costruzione di linee guide, protocolli operativi..);
- incrementare le capacità di individuare ed utilizzare le evidenze scientifiche (Corsi *Evidence Based Nursing*) e le modalità di conduzione di audit clinico per ricercatori *EBN*;
- assistenza ai pazienti con stroke in funzione delle linee guida regionali e del percorso Aziendale;

- assistenza al paziente con scompenso cardiaco anche in previsione dell'apertura nell'anno 2005 degli "ambulatori scompenso" a gestione infermieristica;
- incontri di aggiornamento e approfondimento per TUTOR;
- percorso formativo sulla movimentazione manuale dei carichi;
- l'infermiere in area chirurgica: modelli, strumenti e metodi e percorsi assistenziali;
- assistenza ai pazienti con lesioni da decubito: valutazione del rischio, standardizzazione ed interventi;
- percorsi formativi per l'orientamento al personale neoassunto;
- responsabilità giuridica degli operatori sanitari;
- mappature delle competenze, gestione della turnistica;
- percorsi seminariali di approfondimento sulla valenza dell'integrazione multiprofessionale;
- percorsi di formazione per l'approfondimento delle diverse competenze integrate tra Operatori Socio-Sanitari e personale sanitario all'interno delle realtà Ospedaliere e Territoriali;
- investimento orientato a supportare i processi di accreditamento istituzionale (il che ha permesso di potenziare la rete dei facilitatori interni e valutatori interni).

Per rendere il processo formativo più flessibile ed aderente alla dinamicità dell'organizzazione - con riferimento soprattutto alla pianificazione della formazione attraverso un'analisi approfondita dei bisogni formativi in un'ottica di trasparenza e coinvolgimento attivo di tutte le unità operative e di tutti gli operatori del sistema - la rete Aziendale della formazione è stata potenziata e consolidata attraverso la figura dei "*referenti dipartimentali di formazione*" per l'area assistenziale. I "Referenti dipartimentali di formazione" sono dei professionisti, appartenenti all'Area del Comparto.

Si sono consolidate le esperienze del biennio precedente soprattutto nei seguenti ambiti:

3. Conoscere il livello di motivazione: continua l'osservatorio aziendale e il monitoraggio di "eventi sentinella", (*burnout* e *mobbing*) e la relativa disposizione di strumenti preventivi.

4. *Avviare e consolidare processi di innovazione gestionali - assistenziali quali:*

- Consolidamento di *Modelli organizzativo – assistenziali centrati sulla persona e che facilitino l'integrazione per la continuità assistenziale (PARE – RE).*
- *Consolidamento del Modello della Continuità Terapeutica ed Assistenziale;*
- *Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in diverse Unità Operative:*
- *Progetti di rimodulazione e riorganizzazione legati ad obiettivi di appropriatezza con contemporanea variazioni di spazi ed attività.*

5. *Processi di sperimentazioni gestionali - assistenziali **quali:***

- integrazione della figura infermieristica nell'ambito della ricerca clinica,
- ambulatorio ortopedico a gestione infermieristica,
- implementazione delle consulenze infermieristiche,
- protocollo di utilizzo farmaci ospedalieri,
- applicazione della documentazione infermieristica: pianificazione e sperimentazione della cartella Infermieristica integrata con il personale di supporto (O.S.S.) in diverse Unità Operative,
- linee guida di assistenza al travaglio e parto a termine di gravidanza fisiologica,
- sperimentazione del percorso per l'inserimento dell'infermiere neoassunto. Inserimento delle informazioni per il neoassunto (strategia di marketing: opuscolo e web).

6. *Progetti Innovativi quali:*

- Progetto educazione sanitaria agli utenti *care-giver* del paziente ricoverato in Post Acuti del Presidio di Rimini e Santarcangelo

7. *Progetti connessi alla Gestione del Rischio Clinico di interesse infermieristico:*

- indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito in ambito di Assistenza Domiciliare (ADI),
- applicazione controllo del dolore,
- sorveglianza sull'utilizzo delle superfici antidecubito in dotazione alle U.O. dell'AUSI di Rimini,
- protocollo di sorveglianza degli eventi avversi correlati ai dispositivi vascolari totalmente impiantabili (Port-A-carth),
- progetto caduta accidentale pazienti a rischio durante la degenza nell'ambito delle U.O. Post Acuti del Presidio di Rimini e Santarcangelo,
- monitoraggio degli errori di terapia nell'ambito della U.O. di Medicina Interna.

4.5 SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE E SISTEMI PREMIANTI

Modalità di valutazione delle competenze.

Percorsi di sviluppo (professionale e di carriera).

Sistemi di valutazione delle performance professionali.

Sistemi di incentivazione.

A) La valutazione della **dirigenza** è effettuata in conformità al “Manuale per la Valutazione della Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa”, documento aziendale approvato ed adottato con deliberazione D.G. n. 427 del 28.06.2012, che ha sostituito il Protocollo Aziendale sulla valutazione dell’attività dei dirigenti, precedentemente in uso.

Il Manuale prevede l’articolazione del processo valutativo in due fasi distinte: la prima istanza, affidata di norma al dirigente gerarchicamente sovraordinato, che ha diretta conoscenza di ciascuno dei propri dirigenti da valutare, e la seconda istanza, effettuata dagli organismi collegiali aziendali a ciò preposti (Nucleo di Valutazione aziendale per la valutazione annuale e Collegi Tecnici per quella di fine incarico o ad altra scadenza contrattualmente prevista), i quali esprimono il loro giudizio sulla base delle valutazioni di prima istanza, determinando l’esito definitivo del procedimento valutativo.

La valutazione individuale dei dirigenti è strutturata su base annuale: i relativi risultati, come confermati o eventualmente modificati dal Nucleo di Valutazione, diventano parte integrante degli elementi di valutazione pluriennale di fine incarico (o ad altra scadenza contrattuale assimilata), di competenza del Collegio Tecnico. Il giudizio complessivo comprende elementi di carattere tecnico-professionale, relazionale-comportamentale ed anche gestionale-manageriale, in relazione all’eventuale ruolo organizzativo del valutato.

La valutazione di prima istanza viene effettuata dal valutatore attraverso la compilazione di una scheda individuale informatizzata, suddivisa per items, ciascuno dei quali è indicativo dei diversi temi valutativi riferiti al ruolo e/o all’incarico del singolo dirigente all’interno dell’organizzazione. Ogni scheda è creata e compilata all’interno di un sistema informatico dedicato alla Valutazione delle Risorse Umane, con accesso tramite applicativo WEB, e viene successivamente illustrata e condivisa con il valutato durante un colloquio a ciò dedicato.

Tale sistema di valutazione, disciplinato nel Manuale per la Valutazione della Dirigenza e basato sull’utilizzo di procedura informatizzata, è stato implementato nel corso del 2012 e consente una gestione più snella e spedita del processo valutativo, semplificando anche la sistematizzazione, l’archiviazione e la successiva consultazione dei dati valutativi.

Le schede di valutazione annuale vengono esaminate in seconda istanza dal Nucleo di Valutazione aziendale, il quale, effettuati tutti gli eventuali approfondimenti e le verifiche ritenuti opportuni e nel rispetto di quanto previsto dal Manuale per la Valutazione della Dirigenza relativamente al contraddittorio con il valutato, può confermare o meno il giudizio espresso dal valutatore di prima istanza, determinando l’esito definitivo del procedimento di valutazione.

La valutazione di seconda istanza alla scadenza dell’incarico (oppure al termine del primo quinquennio di servizio o al raggiungimento dell’esperienza professionale quindicennale), di competenza del Collegio Tecnico, riguarda le attività professionali ed i risultati raggiunti dal dirigente valutato ed è finalizzata alla conferma o revoca dell’incarico stesso, al conferimento di nuovo incarico, ovvero al riconoscimento di eventuali benefici economici, se e nella misura in cui previsti dalla normativa di riferimento.

I risultati finali della valutazione sono riportati nel fascicolo personale del dirigente.

Per quanto attiene al **sistema incentivante**, la retribuzione di risultato della Dirigenza e la produttività collettiva del Comparto sono finalizzate a sostenere una politica aziendale che persegue obiettivi di breve-medio periodo imperniati sulla appropriatezza e sulla ottimizzazione dell’uso delle risorse, da realizzarsi con:

- la riduzione dei costi improduttivi come fonte di finanziamento per lo sviluppo di nuove attività,
- il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi e delle risorse,
- la razionalizzazione delle strutture di produzione,
- il consolidamento delle funzioni di committenza e di acquisizione,
- il mantenimento del trend di recupero dell'export non strutturale,
- l'adozione di una struttura organizzativa che sappia efficacemente supportare il governo e la gestione dell'Azienda, nonché facilitare la realizzazione di quelle condizioni di autonomia e responsabilità che assicurano il necessario grado di contestabilità ai diversi livelli decisionali.

La concreta esplicitazione di questa politica aziendale trova espressione nella individuazione degli obiettivi strategici individuati nel Piano delle Azioni annuale.

Gli obiettivi assegnati per ciascuna articolazione aziendale sono elencati nel documento di budget annuale. I Direttori di U.O. e/o i Coordinatori illustrano e condividono, in apposite riunioni, con il personale loro assegnato, gli obiettivi specifici di U.O. ed i ruoli ad essi assegnati.

I verbali di dette riunioni vengono trasmessi al Servizio Controllo di Gestione, il quale successivamente relaziona al Nucleo di Valutazione aziendale, che effettua la verifica annuale sul grado di raggiungimento degli obiettivi programmati, prevedendo uno step intermedio semestrale, al fine di verificarne lo stato di avanzamento.

B) Le strutture organizzative aziendali, suddivise in semplici e complesse, sono individuate in coerenza con quanto previsto nell'Atto Aziendale, che definisce i criteri per l'individuazione delle strutture, sulla base della presenza e/o intensità di una serie di variabili: la rilevanza strategica e la complessità organizzativa delle competenze e delle risorse che si intende aggregare, il contenuto tecnico-professionale ed il livello di autonomia richiesto per assicurare un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione, la natura e l'intensità dei rapporti da intrattenere con soggetti istituzionali esterni all'Azienda, il grado di intersectorialità, interdisciplinarietà ed interprofessionalità delle risorse che è necessario governare per assicurare adeguati livelli di efficacia ed efficienza degli interventi. La definizione delle strutture come "complesse" oppure "semplici" è correlata all'intensità assunta dalle variabili descritte ed agli ambiti di autonomia e responsabilità conferiti alle stesse in relazione alla configurazione organizzativa aziendale.

I percorsi di carriera possono pertanto svilupparsi su due direttrici, una gestionale (per esempio responsabilità di struttura semplice, direzione di unità operativa, di dipartimento, ecc.), l'altra professionale (per esempio incarichi professionali di alta specializzazione, incarichi qualificati, incarichi professionali di consulenza, studio e ricerca, incarichi di base, ecc.).

Strutture complesse: assicurano funzioni di produzione di prestazioni o servizi, di amministrazione o supporto tecnico-logistico o di staff per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale. Le strutture di produzione sono contrassegnate da un significativo valore economico in termini di risorse gestite o di tecnologie utilizzate. Le strutture di supporto sono contrassegnate da complessità organizzativa ed alto contenuto tecnico-professionale. Le strutture di staff sono caratterizzate da alta valenza strategica. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti in coerenza con quanto previsto dalla vigente normativa.

Programmi aziendali Con riferimento a specifici problemi di salute e per popolazioni target determinate o in relazione a particolari attività di valenza strategica, possono essere individuate responsabilità di Programma con valenza aziendale. I Programmi devono assicurare il coordinamento della attività delle unità operative e dei settori coinvolti nel percorso assistenziale per le relative popolazioni target, garantire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio aziendale delle determinazioni dell'Azienda e monitorare i risultati in termini di valutazione di efficacia degli interventi attuati. A meno di specifiche differenti formalizzazioni, per l'espletamento delle proprie funzioni, il Programma non configura dipendenze gerarchiche e consente al Direttore di operare in piena autonomia funzionale entro i confini del Programma stesso e di rispondere direttamente alla Direzione Generale. Il Direttore attua il Programma attraverso azioni che coinvolgono l'insieme delle strutture interessate. Gli incarichi di direzione di Programma sono conferiti in coerenza con quanto previsto dalla vigente normativa.

Strutture semplici: assicurano attività chiaramente individuabili nell'ambito della struttura complessa di riferimento o con valenza trasversale (interdipartimentale, aziendale) per garantire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio aziendale delle determinazioni dell'Azienda, con proprie risorse, responsabilità ed autonomia rispetto agli obiettivi assegnati.

Incarichi professionali di alta specializzazione: prevedono il riconoscimento e l'esercizio di elevate competenze tecnico-professionali tese a produrre servizi e/o prestazioni complesse a livello aziendale. Criteri per il conferimento:

1) Leadership professionale interna

- dimostrata attività di coordinamento, indirizzo, messa a disposizione di conoscenze, tutoraggio per l'esecuzione di prestazioni specialistiche complesse,
- redazione di linee guida per l'accesso a prestazioni o per la loro esecuzione,
- coordinamento di gruppi di lavoro professionali o interprofessionali di elevato contenuto specialistico,
- azione di omogeneizzazione tecnica di attività specialistiche fornite da diverse unità operative,
- istruzione di dirigenti inesperti all'esecuzione di prestazioni complesse.

2) Leadership professionale esterna

- partecipazione/coordinamento di gruppi di lavoro professionali o interprofessionali a valenza regionale o nazionale insediati per iniziativa del SSN/SSR o delle società scientifiche o degli enti di certificazione,
- attività di insegnamento di tecniche specialistiche,
- presenza e produzione originale nel settore di specifica competenza: relazioni a convegni nazionali e internazionali, pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

Incarichi professionali qualificati: prevedono il riconoscimento di una particolare competenza specialistica, nell'ambito di una determinata disciplina o ambito professionale di appartenenza, per lo sviluppo di attività omogenee o a supporto di funzioni strategiche dell'organizzazione. Criteri per il conferimento:

- dimostrata attività di coordinamento, indirizzo, messa a disposizione di conoscenze, tutoraggio per l'esecuzione di prestazioni specialistiche,
- redazione di linee guida per l'accesso a prestazioni o per la loro esecuzione,
- coordinamento di gruppi di lavoro professionali o interprofessionali di contenuto specialistico e/o relativi all'applicazione di strumenti operativi connessi alle funzioni qualità/formazione e ricerca nell'organizzazione dipartimentale,
- introduzione e/o omogeneizzazione tecnica di attività specialistiche fornite da diverse unità operative,
- formazione/addestramento di dirigenti inesperti all'esecuzione di prestazioni specialistiche,
- livello di autonomia e responsabilità nell'espletamento delle funzioni affidate e nella gestione complessiva delle attività svolte in sostituzione del direttore della U.O.,
- partecipazione/coordinamento di gruppi di lavoro professionali o interprofessionali a valenza regionale insediati per iniziativa del SSR o delle società scientifiche o degli enti di certificazione,
- relazioni a convegni nazionali e internazionali e pubblicazione su riviste nazionali e internazionali.

Per quanto attiene al percorso per il conferimento degli incarichi di struttura semplice, professionali di alta specializzazione e qualificati, tali incarichi sono conferiti dal Direttore Generale ai dirigenti con anzianità di servizio di almeno cinque anni, che abbiano superato positivamente le valutazioni periodiche previste, con uno specifico percorso di proposta/approvazione:

- proposta del Comitato del Dipartimento al Direttore Sanitario aziendale, quale presidente del Collegio di Direzione;
- verifica della proposta da parte della commissione per il governo clinico, istituita dal Collegio di Direzione;
- formalizzazione della proposta per il conferimento dell'incarico da parte del Direttore Sanitario al Direttore Generale.

Incarichi professionali di consulenza, studio e ricerca: sono conferibili ai dirigenti che abbiano un'esperienza professionale di almeno otto anni e competenze professionali specifiche desumibili dal curriculum. Tali incarichi sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento.

Incarichi professionali di base: in seguito alla stipula, in data 27.08.2012, dell'Accordo di Integrazione all'Accordo aziendale "Incarichi dirigenziali Area Dirigenza Medica e Veterinaria" sottoscritto il 20.08.2008, sono stati ulteriormente suddivisi in incarichi professionali di base di Complessità 1 e Complessità 2:

Incarico professionale di Base – Complessità 1: è conferito dal Direttore Generale, su proposta del Direttore di unità operativa, al Dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con cinque anni purché continuativi, che abbia favorevolmente superato le valutazioni normativamente previste, con competenze specialistico-funzionali di base nella disciplina ed autonomia professionale nell'ambito dell'U.O. di appartenenza;

Incarico professionale di base – Complessità 2: è conferito dal Direttore Generale, su proposta del Direttore di unità operativa, al Dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato superiore a cinque anni purché continuativi, già titolare di incarico professionale di base Complessità 1, che abbia favorevolmente superato le valutazioni normativamente previste e con competenze tecnico-professionali di grado medio-elevato in un settore specifico di attività dell'U.O. di appartenenza.

C) Posizioni organizzative

Le posizioni organizzative conferibili al personale del Comparto sono conferite in Azienda sulla base del "Regolamento aziendale concernente l'attribuzione delle posizioni organizzative", concertato con le Organizzazioni Sindacali ed RSU nel 2008.

Nel documento sono evidenziati i fattori di graduazione delle funzioni, i contenuti dell'incarico di responsabilità della posizione organizzativa, le modalità per l'attribuzione dell'incarico, previa selezione a seguito di bando, i criteri di valutazione e di revoca, i valori delle posizioni organizzative articolati su quattro livelli economici.

La determinazione delle posizioni organizzative in Azienda tiene conto della presenza di una pluralità di fattori, anche in alternativa tra loro:

- grado di innovazione organizzativa
- importanza strategica
- impegno comunicativo relazionale
- grado di rappresentanza interna ed esterna
- trasversalità delle funzioni assegnate
- rilevanza budgetaria delle risorse assegnate all'Unità organizzativa
- numero operatori coinvolti
- numero di unità operative coinvolte
- gestione tecnologie alta specializzazione
- attività con contenuto di elevata professionalità
- gestione gruppi di lavoro interdisciplinari
- direzione di attività di formazione e docenza
- direzione di programmi di studi e/o ricerca
- grado di autonomia decisionale
- coordinamento attività di formazione, studio e/o ricerca
- gestione di attività di staff e/o ricerca

L'incarico di posizione organizzativa ha durata triennale ed è sottoposto a valutazione. L'esito della valutazione periodica è riportato nel fascicolo personale dei dipendenti interessati e di esso si tiene conto nell'affidamento di altri incarichi. Il risultato delle attività svolte dai dipendenti cui siano stati attribuiti

incarichi di posizione organizzativa è soggetto a valutazione annuale da parte del Nucleo di Valutazione sulla base di una relazione della Direzione della struttura di riferimento redatta secondo i seguenti criteri:

1. rispetto della missione ed area di responsabilità prevista nel contratto individuale;
2. grado di soddisfacimento qualitativo/quantitativo delle funzioni/prestazioni affidate;
3. capacità dimostrata nel gestire, motivare, guidare e sviluppare le risorse professionali assegnate;
4. capacità di gestire le innovazioni organizzative e tecnologiche.

I risultati della valutazione annuale del Nucleo di Valutazione sulle attività svolte dai dipendenti cui siano stati attribuiti incarichi di funzione concorrono alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza dell'incarico da parte dello stesso organismo.

La valutazione positiva di fine incarico è presupposto per la conferma della posizione organizzativa, che avviene con specifico atto deliberativo.

D) Coordinamenti

Con deliberazione n. 278 dell'01.07.2003 è stato approvato, in esito alla conclusione della fase di concertazione, il documento aziendale denominato "Coordinamenti", ai sensi dell'art. 10 comma 2 e comma 4 del CCNL integrativo 20.09.2001 Comparto Sanità II biennio economico. Con decorrenza 01.09.2001, ai collaboratori professionali sanitari caposala ed ai collaboratori professionali sanitari degli altri profili, diversi da quello infermieristico, con posto riconosciuto e funzioni di reale coordinamento alla data del 31.08.2001, nominativamente segnalati dalla Direzione Assistenziale, viene corrisposta una indennità di funzione di coordinamento composta di una parte fissa ed una variabile.

Il personale interessato, cui è affidata una funzione di coordinamento di durata triennale, alla scadenza è sottoposto a valutazione, effettuata dal responsabile della Direzione Infermieristica, con i criteri contenuti nel succitato documento aziendale relativamente alla posizione ed alla prestazione.

Al termine del triennio, la valutazione positiva comporta la conferma della funzione di coordinamento

Scheda di valutazione dell'efficacia del coordinamento

La scheda approfondisce diverse dimensioni: dimensione professionale, dimensione organizzativa, dimensione socio-relazionale. Per ogni elemento di valutazione è previsto un punteggio che va da 1 a 6 in cui è descritto il livello di performance:

- 1) comportamento a fronte dei propri errori
- 2) capacità di lavorare in gruppo
- 3) orientamento verso il cliente interno
- 4) capacità di affrontare e risolvere i problemi e gli imprevisti che si presentano
- 5) modalità di utilizzo delle risorse economiche
- 6) grado di flessibilità organizzativa (orario, cambio mansione, cambio processi, ecc.)
- 7) grado di conoscenza dell'organizzazione complessiva
- 8) conoscenza dei processi
- 9) capacità di iniziativa personale nello specifico professionale
- 10) capacità di verifica del proprio operato
- 11) capacità di assumersi responsabilità
- 12) capacità di gestire risorse umane multiprofessionali
- 13) appropriatezza nel gestire risorse umane ed economiche

L'ambito di valutazione spazia da un minimo di 14 a d un massimo di 84.

Altri elementi che vengono considerati per misurare l'efficacia del coordinamento ad integrazione della scheda di valutazione sono:

- numero di conflitti gestiti dall'articolazione direzionale di riferimento, al di fuori dell'unità operativa di appartenenza;
- numero di segnalazioni di "disagio" degli operatori coordinati;
- le entrate e le uscite del personale attribuibili alle oggettive problematiche di coordinamento;
- residui di ore straordinarie e residui di ferie attribuibili a mancata e/o errata programmazione.

Successive evoluzioni in tema di Coordinamento: in data 20.06.2005 l'Azienda, la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali di Categoria hanno sottoscritto un documento concertato, in applicazione del CCNL 19.04.2004, composto dalla regolamentazione dei coordinamenti del personale del Comparto Sanità denominato "Documento coordinamenti" e dall'allegato A) "Posizione concertativa della RSU", parte integrante della regolamentazione stessa. In un tempo successivo è stato poi definito il profilo del "Coordinatore Assistente Sociale di Unità Organizzativa", comprendente la descrizione delle aree di responsabilità, la determinazione del fabbisogno della funzione di coordinamento e la relativa tabella dei coordinamenti e dei referenti tecnici dell'area sociale, in apposito documento a stralcio da considerarsi parte integrante del documento "Coordinamenti" sottoscritto in data 20.06.2005.

Nel dicembre del 2005 è stato approvato un documento in cui viene rideterminata nella "Mappatura-quadro" la distribuzione delle funzioni di coordinamento ed in esso è contenuta la definizione del "coordinamento reale", con missione ed area di responsabilità, la determinazione del fabbisogno delle funzioni di coordinamento in relazione a precisi ambiti di riferimento, l'esplicitazione dei criteri per la pesatura del coordinamento e per l'assegnazione di nuove funzioni di coordinamento D e Ds e di sostituzione, per la valutazione e la revoca degli incarichi di coordinamento, i criteri di congruità tra posizione organizzative, funzioni di coordinamento ed indennità variabile.

Con documento sottoscritto in data 05.04.2011, così come aggiornato con il successivo in data 13.06.2013 tra l'Azienda, le RSU e le Organizzazioni Sindacali, è stata concertata una nuova "Mappatura incarichi coordinamenti e referenze del personale del ruolo sanitario Area Comparto", comprensiva anche del personale di Novafeltria.

E) Valutazione inserimento/addestramento del neoassunto/superamento periodo d prova

Per quanto riguarda il ruolo sanitario del Comparto, il Coordinatore infermieristico/tecnico, in collaborazione con il Tutor e con la partecipazione del neoassunto o nuovo assegnato, valuta il processo di inserimento/addestramento applicando la scheda di valutazione addestramento ed attitudinale, specifica per ogni U.O./Servizio (MO31/PG25). Qualora il dipendente contesti la valutazione deve dichiararlo per iscritto.

La fase di valutazione si articola in due tappe:

- valutazione intermedia (secondo regolamento interno)
- valutazione finale a sei mesi dall'inizio del servizio

Per ogni tappa sono identificate le prestazioni da valutare ed il livello di performance ritenuto insufficiente-sufficiente-buono-ottimo, come stabilito nel regolamento applicativo di U.O.; le valutazioni devono essere presentate e discusse con il neo assunto.

I tempi che intercorrono tra la valutazione intermedia e quella finale sono tali da consentire al Coordinatore e al Tutor eventuali interventi di supporto qualora nel corso della valutazione intermedia emergano da parte del neoassunto difficoltà a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Al termine del periodo di addestramento viene consegnata al neoassunto la scheda di soddisfazione sull'addestramento effettuato (MO32/PG25).

La valutazione si conclude con la consegna al R.I.D. delle seguenti schede:

- scheda di valutazione addestramento e attitudinale (MO31/PG25)
- scheda soddisfazione (MO32/PG25)

Le schede compilate integrano il curriculum formativo professionale del dipendente.

Il Referente del percorso neoassunto procede all'archiviazione della scheda di valutazione addestramento e attitudinale, della scheda di soddisfazione neo-assunto sull'addestramento effettuato, della eventuale comunicazione di non superamento del periodo di prova. L'archiviazione è successiva alla registrazione effettuata dai R.I.D. nei rispettivi database dipartimentali, che sono strutturati in modo da fornire rapidamente e correttamente tutte le informazioni relative ai dipendenti.

Per il personale neoassunto del ruolo amministrativo, il Direttore di Unità Operativa ove il neoassunto viene assegnato valuta il processo di inserimento, utilizzando apposite schede di valutazione. Sulla base di tali schede, il Direttore di U.O. o del Servizio di afferenza redige la relazione finale relativa al superamento o meno del periodo di prova.

La valutazione si articola in due fasi, con compilazione delle rispettive schede:

- valutazione intermedia al termine della prima metà del periodo di prova
- valutazione finale con relazione conclusiva del Direttore, al termine del previsto periodo di prova in caso di esito positivo, ovvero decorsa la prima metà del periodo di prova, e comunque in tempo utile per l'adozione dei provvedimenti conseguenti, in caso di esito negativo.

In caso di valutazione finale positiva, la relazione conclusiva che esprime il parere favorevole deve indicare la data di effettivo superamento del periodo di prova e determina la conferma in servizio, con riconoscimento dell'anzianità dal giorno dell'assunzione.

In caso di valutazione finale negativa, viene adottato il conseguente provvedimento di recesso per mancato superamento del periodo di prova.

Per ogni fase sono identificate le prestazioni da valutare ed il livello di performance ritenuto insufficiente-sufficiente-discreto-buono-ottimo. Le valutazioni sono presentate e discusse con il neoassunto che, qualora le contesti, deve dichiararlo per iscritto.

Qualora nel corso della valutazione intermedia emergano difficoltà a raggiungere gli obiettivi prefissati da parte del neoassunto, il Direttore di U.O./Servizio può attuare eventuali interventi di supporto e/o disporre l'assegnazione ad altro Ufficio/U.O..

4.6 FORMAZIONE

Azioni e iniziative per lo sviluppo delle competenze professionali presenti in Azienda a supporto delle strategie aziendali, della riduzione del rischio e dell'adozione di buone pratiche professionali, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e innovazione.

Relazione qualitativa su aree tematiche ritenute prioritarie:

- **Sicurezza:** dei lavoratori e dei pazienti è stata considerata una priorità. Oltre ad aver organizzato un percorso formativo di 16 ore per dirigenti sanitarie da realizzare nel 2014 è stato predisposto un avviso pubblico per il conferimento di incarico con contratto di lavoro autonomo per l'attuazione del "Programma aziendale percorso formativo sicurezza dei lavoratori di cui al DLgs 81/2008 e smi". Tali docenti collaboreranno per una capillare attività formativa nel 2014 di tutti i lavoratori che ancora non hanno completato gli obblighi previsti. E' stato altresì predisposto il corso e-learning di quattro ore "Lavorare in sicurezza" propedeutico alle attività d'aula di 12 ore.
- **Gas medicinali:** organizzazione e realizzazione di percorsi formativi obbligatori sulla gestione dei gas medicinali sia con modalità e-learning sia d'aula residenziale in particolare per i soggetti direttamente coinvolti nella loro gestione.
- **Gestione del rischio clinico:** sono stati attivati audit e percorsi formativi specifici relativamente alle aree della identificazione del paziente, consenso informato, individuazione di procedure sicure, gestione degli eventi sentinella, registrazione della documentazione clinica,
- **Sviluppo continuità assistenziale:** si sono attivati tutti i percorsi possibili per aumentare il livello d'integrazione dei processi tra ospedale e territorio. Particolare attenzione è stata data ad attività formative rivolte ai Nuclei di Cure Primarie con incontri serali d'integrazione tra professionisti ospedalieri, medici del dipartimento delle Cure Primarie e MMG.
- **Case della salute:** è stato realizzato un percorso formativo, che terminerà nel 2014, dedicato a tutti gli operatori sanitari afferenti alla Casa della Salute di Morciano e che si conclude con la presentazione di una Carta dei Servizi della struttura a tutta la popolazione di riferimento.
- **Sostegno a progetti di appropriatezza ed attenzione all'equilibrio economico-finanziario.** Come negli anni precedenti si sono sviluppate azioni formative dirette ed indirette per garantire la correttezza in ogni ambito dei processi produttivi aziendali. Un'attività formativa specifica è stata dedicata ai componenti della direzione strategica sugli stili di leadership. In previsione della riunificazione delle quattro aziende sanitarie nella **AUSL della Romagna** si sono intrapresi numerosi gruppi di lavoro per garantire la corretta continuità gestionale. In particolare è stato organizzato in collaborazione con l'ex AUSL di Cesena il "Percorso formativo dedicato al Servizio Acquisti" dedicato agli operatori di entrambe le aziende.

Relazione qualitativa su modalità di definizione dei bisogni formativi e di elaborazione/approvazione dei piani formativi annuali.

Analisi bisogni formativi/Dossier formativo (DF)

Definizione dei dossier formativi di gruppo in tutti i dipartimenti.

Relazione qualitativa su modalità di valutazione dell'attività formativa svolta.

Tutti i corsi sono corredati da questionari di gradimento sull'attività svolta. I dipartimenti a fine anno dedicano parte del Comitato di dipartimento all'analisi del PAF dipartimentale. Ogni dipartimento ha utilizzato il questionario di valutazione d'impatto per l'evento formativo più complesso.

Informazioni quali-quantitative su numero di corsi/seminari organizzati per macroarea

Corsi interni n. 742 per 1120 edizioni

Corsi esterni n. 715

N. partecipanti corsi interni n. 27.454

N. partecipanti non dipendenti/convenzionati n. 9.706

Informazioni quali-quantitative su numero di dipendenti con obbligo ECM:

Dipendenti con obbligo ECM: n. 3.157

Convenzionati con obbligo ECM: n. 503

Numero dei dipendenti che hanno conseguito il numero di crediti ECM richiesti: n. 1.933

crediti acquisiti	Persone	%
0	304	9,63
1-24	920	29,14
25-75	1.688	53,47
> 75	245	7,76
totale	3.157	100,00

Informazioni quali - quantitative su numero totale dei crediti ECM acquisiti nell'anno da personale dipendente e convenzionato, con specificazione del numero di crediti acquisiti con iniziative interne

crediti acquisiti da dipendenti	117.549,4
Crediti acquisiti da dipendenti con corsi interni	116.773,7
Crediti acquisiti da convenzionati	1.924,0

Informazioni quali-quantitative su numero di crediti erogati a personale esterno, partecipante a iniziative di formazione aziendali

crediti acquisiti da esterni come partecipanti	30.892,7
Crediti acquisiti da esterni come docenti/tutor	1.470,0
Totale	32.362,7

Informazioni quali-quantitative su numero di crediti acquisiti dai dipendenti e convenzionati per attività di docenza e tutoraggio

Dipendenti	11.349,6
Convenzionati	21,0
Totale	11.370,6

Informazioni quali-quantitative su costo complessivo per formazione del personale dipendente e convenzionato, indicazione distinto per: ECM, non ECM, iniziative esterne all'azienda

Costi per aggiornamento interno ECM	260.821,37
Costi per aggiornamento interno non ECM:	55.574,03
Costi per aggiornamento esterno	152.159,96
totale	468.555,36

Informazioni quali-quantitative su numero dei dipendenti autorizzati a partecipare a corsi Universitari (Master, corsi di alta formazione, ecc.)

3 (con riconoscimenti economici e orari da parte dell'azienda)

Informazioni quali-quantitative su numero dei dipendenti a cui sono state affidate funzioni di coordinamento o direzione di corso, attività di docenza e tutorato per attività ECM

Responsabili di corso	283
Attività didattiche	628
Totale persone	741

4.7 IL SISTEMA INFORMATIVO DEL PERSONALE

Il sistema informativo risponde alla necessità di ordinare in sequenza logica il flusso delle informazioni che derivano dalla registrazione documentale delle attività e dei processi. E' costituito da un insieme di procedure, flussi, strumenti, documenti, dati, messi in atto per permettere l'elaborazione delle informazioni necessarie alla gestione del rapporto di lavoro del personale dipendente o assimilato, a partire dalla selezione fino alla cessazione del rapporto di lavoro, nonché per assolvere gli adempimenti obbligatori di legge, le applicazioni contrattuali, i debiti informativi verso il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e la Regione, supportare l'attività decisionale, soddisfare il bisogno di comunicazione interna.

Per la gestione delle risorse umane il processo inizia con l'attività di pianificazione del fabbisogno di personale, su base annuale o triennale, per la definizione della dotazione organica, prosegue con il reclutamento del personale tramite procedure di selezione pubblica, la costituzione del rapporto di lavoro formalizzato con la sottoscrizione del contratto individuale, l'effettuazione del periodo di prova, l'aggiornamento professionale, l'affidamento degli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa, di coordinamento, la valutazione, lo sviluppo di carriera, lo svolgimento dell'attività libero-professionale, la rilevazione della presenza e la giustificazione dell'assenza per la gestione dell'orario di lavoro, l'inquadramento economico, la retribuzione variabile legata alle condizioni di lavoro ed ai risultati raggiunti, il versamento delle imposte e dei contributi previdenziali ed infine il trattamento di pensione e di fine rapporto.

I principali soggetti interessati ai flussi informativi del personale sono i dipendenti e le relative unità operative aziendali, la direzione, i candidati che partecipano alle prove di selezione, gli istituti assicurativi e previdenziali, la Regione, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia, le organizzazioni sindacali e tutti i cittadini che accedono alle informazioni pubblicate sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La gestione delle operazioni amministrative e contabili è informatizzata ed avviene attraverso due diverse procedure: Jobtime e WHR (dedalus).

JOBTIME è una risposta per le problematiche pertinenti al rilevamento della presenza e dell'assenza dal servizio e alla gestione delle informazioni sullo stato giuridico del personale con rapporto di dipendenza e con rapporti atipici. Utilizza una struttura modulare per coprire tutte le funzioni dell'area personale fino alla gestione elettronica del documento per costruire il fascicolo del dipendente. È una procedura che nell'Azienda USL di Rimini è implementata per i seguenti moduli: concorsi, presenze-assenze, stato giuridico - matricolare, pianta organica, incentivazioni, formazione e valutazione del personale dirigente.

WHR (Dedalus) è la procedura per la gestione delle "paghe" e comprende tutto quello che riguarda il trattamento economico del personale, dipendente o con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, borse di studio, organi istituzionali, componenti commissioni di concorso. Anch'esso è sviluppato per moduli e potenzialmente copre tutte le funzioni di gestione del personale: giuridico, presenze, paghe, portale del dipendente e previdenza. Su WHR (Dedalus) a tutt'oggi sono implementati i seguenti moduli: paghe (stipendi e contributi), carriere e conguagli, tabelle ministeriali, gestione Irpef, gestione modello 770, Cud grafico ed anagrafica del dipendente. Nel 2013 è stato inoltre attivato il modulo per la gestione della previdenza complementare.

La trasmissione dei dati contabili alle banche ed agli enti previdenziali è stata automatizzata ed avviene per via telematica.

Dal 2011 è stata adottata una procedura informatica per l'alimentazione automatizzata dei dati giuridici e di carriera da JOBTIME a WHR. Tale operazione garantisce l'allineamento dei dati nelle due procedure.

Il numero degli operatori che attualmente opera direttamente con le procedure sopraindicate è di circa 50 unità ed è, inoltre, disponibile una rete di utilizzatori interni, con modalità di sola visualizzazione di uno o più moduli, fino alla massima utilizzazione da parte di tutti i dipendenti per la visione del proprio stato giuridico e del cartellino marcatempo.

È operativo, dal 2012, un applicativo web denominato " Portale del Dipendente " che permette ai dipendenti di accedere ad un'area personale contenente le comunicazioni dell'Azienda, i cedolini stipendiali, il CUD e una sezione specifica per contattare gli uffici delle U.O. Acquisizione Sviluppo del Personale e U.O. Amministrazione del Personale.

Nel 2013 il portale del dipendente è stato ampliato attivando una funzionalità per trasmettere comunicazioni e/o allegati al cedolino stipendiale mensile personalizzati a livello di singolo dipendente. I dipendenti possono accedere al portale da qualsiasi postazione collegata ad internet.

Per la definizione del fabbisogno informativo - informatico emergono alcune problematiche legate al livello della dimensione raggiunta, alla complessità delle funzioni e variabilità degli istituti da applicare (elevato turn-over, numerose tipologie di rapporti di lavoro instaurati, la presenza di varie aree di contrattazione, verifiche, certificazioni, controlli, una moltitudine di indennità variabili, ricostruzioni di carriera, conguagli, classificazione dei redditi ai fini fiscali....), alla specificità delle aziende sanitarie pubbliche (il personale medico ed infermieristico, la libera professione, gli incarichi dirigenziali, la gestione delle graduatorie, la turnistica, il conto annuale, la cassa pensioni sanitari) e alla implementazione, ormai improcrastinabile, per la gestione esplicita dei profili di carriera e lo sviluppo delle competenze interne.

Gli investimenti aziendali sono continui sia per la parte dell'hardware, (graduale sostituzione dei personal computers obsoleti, oltre alla manutenzione) sia per il software, che periodicamente è aggiornato con le versioni di pacchetti applicativi e programmi più recenti per adempiere alle innovazioni contrattuali e normative in materia di personale.

La linea di sviluppo futuro sarà l'adozione di un sistema informativo unico aziendale comune a tutti i servizi della nuova Azienda USL della Romagna, costituita il 1 gennaio 2014, all'interno della quale sono confluite le Aziende USL di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna. L'unificazione del sistema informativo del personale è condizione indispensabile in relazione al nuovo assetto organizzativo ed alla necessaria graduale razionalizzazione degli assetti, dei processi e delle modalità di gestione delle risorse umane.

SISTEMI DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

5

Note di sintesi: sistemi di relazioni e strumenti di comunicazione

I principali strumenti per informare i cittadini e facilitare l'accesso ai servizi sono:

- **l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)** con le sue funzioni di ascolto, informazione, counselling e tutela del cittadino;
- **l'Ufficio Stampa**, si rapporta quotidianamente con la stampa locale e non, per indirizzare una comunicazione coerente ed efficace, sia in termini di empowerment del cittadino utente, sia in termini di veicolazione di corrette informazioni rispetto a questioni specifiche; mantiene inoltre un quotidiano monitoraggio della reputazione aziendale sulla stampa finalizzato ad individuare in maniera molto puntuale quali servizi abbiamo bisogno di un sostegno rispetto alla loro immagine pubblica, attivando le relative azioni, e quali organi di stampa siano più o meno ostili nei confronti delle politiche aziendali;
- **il front office**: punti di informazione e accoglienza sono presenti in tutte le strutture ospedaliere e nelle principali sedi territoriali con personale formato alla comunicazione-relazione interpersonale;
- **il numero verde unico regionale (800.033.033)**, che si avvale di un call-center regionale centralizzato capace di dare risposta su tutte le Aziende sanitarie attraverso banche dati informatizzate gestite dalle stesse aziende per i servizi di propria competenza;
- **il portale aziendale**, i cui contenuti sono aggiornati quotidianamente per accrescere e rendere organiche le informazioni reperibili e l'interattività del sito. Da alcuni mesi a questa parte il portale è stato integrato anche con un profilo facebook di doppio utilizzo: rappresentare una modalità di promozione dell'immagine aziendale (è stata a questo fine privilegiata la modalità di gestione "non commentabile" da esterni); rendere note in tempo reale le notizie di pubblica utilità;
- **il portale della sanità regionale** www.saluter.it, alla cui redazione contribuisce anche l'Azienda con l'inserimento diretto di propri dati e notizie;
- **la maggior parte dei reparti ospedalieri** è dotata di guide, schede informative di reparto e sui percorsi assistenziali e questionari di gradimento;
- **lo Sportello per la prevenzione (Spre)** è uno strumento di informazione, ascolto e dialogo con i cittadini, sui grandi temi della prevenzione e sui servizi aziendali che se occupano;
- **lo sportello unico distrettuale**, che costituisce l'insieme di sportelli, polifunzionali e/o dedicati, attivi in un determinato punto della rete dei servizi, per facilitarne l'accesso.

Nell'ambito del progetto regionale "Sperimentare nuove modalità di integrazione dei Servizi Sanitari e Sociali rivolti agli adolescenti", anche nel 2013 è stato redatto il catalogo delle attività di promozione e informazione per la salute rivolte al mondo della scuola con l'obiettivo di far conoscere l'offerta di progetti nel campo della promozione della salute dei giovani, facilitandone l'accessibilità e la fruibilità.

Gli strumenti utilizzati per migliorare l'immagine dell'Azienda e valorizzare le eccellenze sono stati:

- **comunicati stampa**: nel 2013 sono stati redatti 202 comunicati stampa, con un calo rispetto ai due anni precedenti, ma comunque con un aumento significativo rispetto al trend quinquennale. In calo anche il numero degli articoli pubblicati sulla stampa cartacea tradizionale, pari a 1.613. Elementi questi dovuti al grande diffondersi, in maniera esponenziale negli ultimi anni e mesi, di nuove modalità comunicative (social media, mobile e altro) che stanno letteralmente soppiantando la stampa e i media tradizionali. Una modificazione della situazione su cui ci si è interrogati sia a livello aziendale sia presso gli enti sopraordinati, e a fronte della quale si sta valutando la messa in campo di nuovi strumenti informativi;

- articoli redazionali: sono predisposti dall'ufficio stampa e inviati alle testate giornalistiche;
- conferenze stampa: nel 2013 sono stati organizzati 44 incontri con i giornalisti;
- manifestazioni pubbliche: sono state organizzate/realizzate 46 inaugurazioni o incontri pubblici o istituzionali di altro tipo, il tutto in netto aumento rispetto all'anno precedente;
- iniziative congiunte in partnership con il volontariato sociale per giornate o manifestazioni pubbliche;
- collaborazione con Volontarimini, l'agenzia del territorio e centro di servizi;
- presenze sui media tv: numerosi sono stati i servizi tv per informare su nuovi servizi e progetti di eccellenza, in particolare è stata attivata la partecipazione ai "Programmi dell'accesso" di Rai Tre. Si è inoltre strutturata una collaborazione, a costo zero, con Vga Telerimini che ha portato, alla data del 31 dicembre 2013, 15 professionisti aziendali a partecipare alla rubrica medica dell'emittente dal titolo "Dica 33", con collaborazione dell'Ufficio Stampa ai contenuti;
- veicolazione di campagne di Area Vasta e regionali, sono circa una ventina ogni anno le campagne veicolate. Quest'anno, per di più, è stato attivato in Regione un gruppo di lavoro sulla Health Literacy, mirata a migliorare la comunicazione tra medico paziente nonché i prodotti informativi, a partire dai percorsi oncologici. A Rimini sono stati formati 83 operatori all'utilizzo di queste innovative modalità comunicative centrate sulla relazione e si sono riscritti 5 materiali informativi, previo confronto con il Comitato Consultivo Misto, per agevolarne la comprensibilità dell'utenza.

Premessa

La buona comunicazione è fondamentale per un rapporto sempre più trasparente e qualificato tra istituzione, utenti, cittadini. In tal senso, lo scenario è notevolmente cambiato, per l'accresciuta consapevolezza dei cittadini verso i propri diritti, ivi compreso quello all'informazione. Ma le organizzazioni stesse riconoscono come l'informazione sia elemento funzionale per indirizzare e razionalizzare la domanda di salute della popolazione, per influire positivamente sugli stili di vita e quindi sulla prevenzione delle malattie, per garantire equità di accesso alle cure, per favorire la partecipazione e la soddisfazione dell'utente.

Il **"patto di solidarietà per la salute"** chiede un nuovo dialogo con il cittadino che sappia tradurre la "voce" degli utenti in impegni e sviluppo di strategie.

Comunicare bene significa ascoltare, informare, promuovere scelte e stili di vita consapevoli, favorire alleanze e relazioni ma anche motivare, sviluppare senso di appartenenza e condivisione di valori, favorire la realizzazione professionale e la partecipazione attiva a obiettivi, programmi e risultati aziendali. Processi comunicativi efficaci dentro l'organizzazione, assicurano la necessaria interazione tra le varie strutture e tra i professionisti per il comune lavoro su valori, obiettivi e strategie condivise; attivano sinergie e complementarietà di azioni in modo integrato e interdisciplinare.

Perciò la comunicazione diffusa in ogni attività di governo crea valore e sviluppa il senso etico del lavoro, rafforza il concetto di "centralità del cittadino" imprescindibile per un'azienda che produce "salute", fa percepire l'efficienza e l'efficacia dell'agire organizzativo e l'impegno a uno stile di lavoro mirato all'utenza e alla sua "presa in carico".

La **Legge regionale n° 29/2004** ribadisce la responsabilità pubblica della tutela della salute, l'universalità e l'equità di accesso ai servizi, la globalità dell'assistenza, sottolineando le fondamentali finalità sociali di un'Azienda sanitaria.

Il **Piano operativo regionale** per l'area Informazione e Comunicazione in sanità indica, tra le priorità, il perseguimento dell'unitarietà, coerenza e visibilità del SSR. L'Azienda Usl di Rimini partecipa attivamente alle strategie regionali, in un'ottica di sistema, per i seguenti obiettivi prioritari comuni:



il supporto alla progettualità regionale; lo sviluppo del portale www.saluter.it; l'applicazione del logo unico del SSR; le campagne di comunicazione; la qualificazione del personale del settore; lo sviluppo del progetto Numero Verde per l'informazione al cittadino; la gestione dei reclami come sistema SSR-CCRQ.

Il sistema regionale ha inoltre attivato alcuni gruppi di lavoro, e in particolare:

- Gruppo Urp per l'omogeneizzazione delle relative procedure e la valorizzazione di tale articolazione aziendale;
- Gruppo Valorizzazione delle migliori esperienze regionali e aziendali: mirato ad avere maggior "forza contrattuale" nei confronti della stampa, anche quella nazionale, per quanto attiene alla comunicazione delle migliori esperienze aziendali;
- Gruppo Health Literacy: mirato a promuovere un sistema di maggior comprensione delle istanze del cittadino ed un sistema di comunicazione, anche e specialmente da parte del personale medico e assistenziale, in grado di essere adeguatamente compreso dai cittadini – utenti.

La comunicazione aziendale, in questi ultimi anni, si è sviluppata secondo le seguenti dimensioni:

- l'approccio sistematico all'ascolto dell'utenza e il monitoraggio delle attività per focalizzare i bisogni e modulare le azioni conseguenti,
- la partecipazione ai progetti regionali e l'attivazione di programmi aziendali e interaziendali condotti in partnership pubblico-privato per migliorare la loro efficacia e sostenibilità,
- l'offerta di servizi e strumenti per garantire equità e tutela dei diritti al cittadino,
- lo sviluppo di "politiche di salute" del territorio con particolare attenzione alle fasce deboli,
- l'uso della multicanalità nell'interfaccia con l'utenza e lo sviluppo della comunicazione on line,
- l'accoglienza e l'umanizzazione delle strutture nell'ottica del *take care*.

5.1 LA COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI

OBIETTIVO: Fare in modo che i cittadini conoscano le modalità per accedere ai servizi ed alle prestazioni

I principali strumenti per informare i cittadini e facilitare l'accesso ai servizi sono:

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP) con le sue funzioni di ascolto, informazione, counselling e tutela del cittadino. L'ufficio coordina e presidia centralmente la gestione delle segnalazioni attraverso una rete di referenti interni, integrata nel sistema regionale CCRQ. La risposta al cittadino, personalizzata e dal linguaggio semplice, utilizza diversi canali: lettera, colloquio diretto o telefonico, fax e posta elettronica. Le segnalazioni costituiscono una risorsa per l'organizzazione e i periodici confronti con i Comitati Consultivi Misti sui casi trattati fungono da "osservatorio permanente" per una reale opportunità di miglioramento dei servizi.

FRONT OFFICE: è operativo il nuovo Punto Urp presso l'Ospedale Infermi dove è possibile per i cittadini recarsi per chiedere informazioni sui servizi sanitari e laddove è possibile, agevolare e facilitare i pazienti nei percorsi di cura e di assistenza.

Il Punto ha una duplice funzione di sportello, principalmente per la parte puramente informativa, ma in caso di reclami, elogi, suggerimenti o altro, è possibile accedere all'interno della struttura che è posizionata nell'atrio/ingresso dell'ospedale (vicino alla Portineria).

punti di informazione e accoglienza sono presenti in tutte le strutture ospedaliere e nelle principali sedi territoriali con personale formato alla comunicazione-relazione interpersonale.

La formazione relazionale degli operatori impegnati nell'attività di screening e di front-office ad esso dedicato è permanente e si sviluppa con corsi allargati alle aziende sanitarie della regione.

Particolare attenzione è rivolta alla qualificazione del personale addetto al Cuptel (prenotazione telefonica). Sono state predisposte "Linee Guida per la risposta telefonica" al fine di garantire trasparenza, omogeneità ed equità di accesso per tutti gli utenti del servizio.

NUMERO VERDE UNICO REGIONALE (800.033.033). E' lo strumento telefonico per migliorare l'informazione sulla sanità regionale. Si avvale di un Call center centralizzato regionale capace di dare risposte su tutte le Aziende sanitarie attraverso banche dati informatizzate gestite dalle stesse aziende per i servizi di propria competenza. L'aggiornamento continuo della banca dati informativa che, per l'AUSL di Rimini, registra una criticità "bassa" rispetto allo standard regionale, è supportato DA referenti interni e da un responsabile afferente all'U.O. URP. Nel 2011 al call center sono pervenute 12.941 telefonate riguardanti l'Ausl di Rimini, delle quali 729 sono state inoltrate al secondo livello cioè all'Urp aziendale. Il numero è utilizzato per informare su nuovi progetti/servizi regionali e in occasione di eventi speciali o problematiche emergenti. L'azienda dispone di un "MANUALE" di consultazione della banca dati Numero Verde utilizzato da operatori Urp, referenti e addetti al front office.

I contenuti del Numero Verde Regionale sono anche disponibili al pubblico sul sito <http://guidaservizi.saluter.it> dove è possibile conoscere dove e in che modalità sono erogate le prestazioni sanitarie nella Regione Emilia Romagna.



LE NUOVE TECNOLOGIE PER L'INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE. La multicanalità costituisce, oggi, vincolo e opportunità in comunicazione. Vincolo in quanto l'attuale fase di transizione obbliga a mantenere attivi i canali più classici e consolidati di relazione, come il materiale cartaceo (lettere, volantini, depliant, ecc.) accanto a forme innovative e funzionali alla modernità come le ITC (internet, posta elettronica, SMS, bacheche virtuali, ecc.). Si tratta di un passaggio epocale che richiede il rispetto di diverse esigenze, livelli generazionali, sociali, culturali e tecnologici.

- **Il portale aziendale** I contenuti sono aggiornati quotidianamente per accrescere e rendere organiche le informazioni reperibili e l'interattività del sito.

- www.saluter.it E' il portale della sanità regionale alla cui redazione contribuisce anche l'Ausl di Rimini con l'inserimento diretto di propri dati e notizie. L'Azienda Usl di Rimini è capofila per l'aggiornamento del portale
- social forum: la Regione si sta interrogando per la modalità di utilizzo dei social forum al fine di una più puntuale e tempestiva comunicazione ai cittadini – utenti. L'Azienda USL ha, intanto, attivato un proprio profilo facebook "filtrato" ed un profilo twitter.
- Sempre a livello regionale sono stati creati gruppi di lavoro sulla comunicazione delle migliori esperienze aziendali sulla stampa nazionale e sulla health literacy, ai quali operatori dell'Urp e dell'Ufficio Stampa hanno proficuamente partecipato..

GUIDE, SCHEDE INFORMATIVE DI REPARTO E SUI PERCORSI ASSISTENZIALI La maggior parte dei reparti ospedalieri è dotato di schede informative e questionari di gradimento.

Altre guide e informative per patologia o indicazioni assistenziali vengono consegnate in modo mirato a pazienti e utenti (es. guida prevenzione piaghe da decubito, guida alla neomamma, guida ai servizi per le tossicodipendenze, guida ai servizi di pediatria, ecc.). Sono di recente pubblicazione le Guide ai Servizi socio-assistenziali e alla sanità provinciale e la Carta dei diritti del turista.

Nell'aprile 2011 è stata aggiornata la guida "I percorsi della salute" completa dei servizi sanitari dei comuni dell'Alta Valmarecchia, successivamente ristampata e distribuita presso i vari comuni della provincia, agli ambulatori dei MMG e alle farmacie.

Le pagine aziendali nell'elenco telefonico pubblico vengono aggiornate annualmente, rese più organiche e meglio consultabili per agevolare il contatto per via telefonica tra utente e strutture erogative.

SPORTELLO PER LA PREVENZIONE (Spre). E' uno strumento di informazione, ascolto e dialogo con i cittadini, sui grandi temi della prevenzione e sui servizi aziendali che se occupano.



Le principali attività dello sportello sono, infatti, l'ascolto dei bisogni di salute della comunità locale, la diffusione delle conoscenze, utili ed efficaci, per aumentare la consapevolezza sui rischi di salute e su come prevenirli. Lo Sportello per la prevenzione contiene informazioni su tematiche di alimentazione, ambiente, mondo animale, sicurezza, malattie infettive e vaccinazioni, promozione - educazione alla salute e collegamenti ai servizi aziendali di prevenzione. E' possibile porre quesiti, inviare suggerimenti e proposte, all'indirizzo sprevenzione@auslrn.net.

SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE costituisce l'insieme di sportelli, polifunzionali e/o dedicati, attivi in un determinato punto della rete dei servizi, per facilitarne l'accesso.

<i>Distretto di Rimini</i>	<i>Distretto di Riccione</i>
Sportello Unico Distrettuale: c/o Sede erogativa DCP via Circonvallazione, Rimini	Sportello Unico Distrettuale: c/o Sede erogativa DCP Ospedale Ceccarini Riccione
Sportelli Polifunzionali: sedi erogative di: - Bellaria Igea Marina - Santarcangelo di Romagna - Verucchio - Villa Verucchio	Sportelli Polifunzionali: sedi erogative di: - Cattolica - Coriano - Morciano

Il raccordo costante con la **comunicazione ordinistica dei Medici Chirurghi e dei Farmacisti** assicura flussi informativi e sinergie con queste comunità professionali che sono parte integrante del sistema sanitario e riferimento fondamentale per utenti e cittadini. Realtà con le quali, peraltro, si sono sviluppate importanti sinergie con l'Ufficio Comunicazione Aziendale.

OBIETTIVO: manuali per facilitare la risposta a domande su varie situazioni e procedure

Oltre al manuale per la consultazione della banca dati informativa del Numero Verde, gli elenchi telefonici interni sono strumenti di lavoro e di relazione importantissimi, sia per la comunicazione tra uffici - sono sia in formato cartaceo che consultabili nella intranet - che con il pubblico. Altri prodotti realizzati sono: CD Rom, DVD informativi sui servizi, le schede informative delle Unità Operative, i manuali per la risposta telefonica all'utente.

5.2 LA COMUNICAZIONE PER LE SCELTE DI INTERESSE PER LA COMUNITA'

OBIETTIVO: realizzare azioni per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri e per contrastare la cattiva informazione.

PROGRAMMI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Nel Maggio 2013, come ogni anno, è stato redatto il catalogo delle attività di promozione e informazione per la salute rivolte al mondo della scuola (insegnanti e allievi), con l'obiettivo di far conoscere l'offerta di progetti nel campo della promozione della salute dei giovani, facilitandone l'accessibilità e la fruibilità.

Le proposte, elaborate da diverse articolazioni aziendali (Consultorio Familiare/Spazio Giovani "360°", Pediatria di Comunità, Dipendenze Patologiche, Medicina dello sport e Promozione dell'attività fisica, U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione, U.O. Igiene e Sanità Pubblica, Servizio Territoriale 118 Rimini, Emergenze Cardiologiche/Riminicuore), prevedono in alcuni casi l'integrazione tra professionalità aziendali e enti/istituzioni esterne. Questa collaborazione migliora il livello di completezza e di coerenza dei messaggi e favorisce il raggiungimento di obiettivi condivisi da tutta la comunità.

Progetti attivi nelle scuole:

- **"Scuole Libere dal Fumo"** (progetto regionale): l'intervento, rivolto ad insegnanti e studenti della Scuola secondaria di 2° grado, vuole fornire alle scuole gli strumenti di lavoro per un approccio di promozione della salute articolato in interventi integrati di tipo educativo, normativo e di supporto alla disassuefazione.
- **"Liberi di scegliere" Prevenzione dell'abitudine al fumo nella scuola:** Il percorso educativo intende offrire agli studenti la possibilità di affrontare la problematica del fumo tramite la proposta di situazioni di vita quotidiana a loro familiari, che facciano emergere i bisogni propri dell'età evolutiva (ricerca d'identità, di autonomia, di appartenenza al gruppo,...), proponendo scelte comportamentali che rafforzino la decisione di non fumare.
- **"Infanzia a colori":** Il Progetto è rivolto alle scuole dell'infanzia e primarie, con l'obiettivo di prevenire l'esposizione al fumo passivo dei bambini, grazie al coinvolgimento di genitori e docenti, che si impegnano ad astenersi dal fumo in presenza dei bambini e a parlare loro della non positività di questa abitudine. Inoltre ci si propone di far crescere in ogni bambino atteggiamenti istintivi e affettivi di non disponibilità all'uso della sigaretta durante la prima adolescenza.
- **"Educazione alla Sessualità":** il progetto è rivolto agli studenti che frequentano la Classe II° della scuola secondaria di 2° grado per avviare, anche attraverso le risposte agli interrogativi dei ragazzi, riflessioni e confronto sui temi legati alla sessualità, con il supporto di adulti qualificati. La presentazione degli Spazi Giovani intende, inoltre, costruire un ponte fra i ragazzi e il servizio per facilitarne la fruibilità e la possibilità di chiedere aiuto
- **"Prevenzione Andrologica: uno sguardo al maschile":** il progetto è rivolto agli studenti della classi II° delle scuole secondarie di 2° grado con l'obiettivo di rendere consapevoli gli adolescenti maschi, attraverso un momento formativo e una visita andrologica, del funzionamento del proprio apparato genitale e dell'importanza della prevenzione. La scoperta precoce di patologie dell'apparato genitale maschile permette di prevenire alcune cause dell'infertilità maschile e delle disfunzioni sessuali

- **"Primo Soccorso"**: il riesame delle richieste di soccorso giunte alla "Centrale Operativa 118 – Rimini Soccorso" ha evidenziato una scarsa conoscenza del servizio da parte dell'utenza, con il rischio di episodi di errata attivazione dell'emergenza con ritardi e/o disagi. Il corso intende offrire agli allievi di III classe della scuola secondaria di 2° grado informazioni utili a sviluppare una migliore conoscenza del servizio e le nozioni necessarie per una corretta richiesta di intervento.
- **"Avviso ai naviganti"**: con questo progetto gli operatori dei diversi servizi dell'AUSL, che lavorano con gli adolescenti, intendono stimolare in classe la riflessione dei ragazzi sui fattori protettivi rispetto al rischio, attivando le risorse personali attraverso il confronto fra i pari e l'individuazione delle rappresentazioni sociali del rischio. L'intervento è rivolto agli studenti delle classi III della scuola secondaria di 2° grado.
- **"Paesaggi di prevenzione"**: il progetto nasce dall'esigenza di promuovere azioni per combattere i principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà) attraverso strumenti che privilegiano una comunicazione per la salute che sostenga processi di consapevolezza e di empowerment per scelte di vita salutari in tutte le fasce d'età. Il progetto coordinato dall'ufficio scolastico regionale e dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia – Romagna, coinvolge già dall'a.s. 2010/2011 alcune scuole secondarie di primo e secondo grado della Provincia di Rimini (scuole di intervento e scuole di controllo) e si concluderà nell'a.s. 2012/2013.
- **"Alla tua salute" per una scuola libera dall'alcol**: il progetto ministeriale coordinato dalla Regione Emilia-Romagna prevede il coinvolgimento di tutte le componenti scolastiche (studenti, docenti, genitori,...) al fine di promuovere una "scuola libera dall'alcol" con interventi formativi, educativi e normativi.

"Circolando" è un progetto di tutela della salute correlata al consumo di sostanze psicoattive, incluso nel Piano di Zona triennale 2005 –2007 del Distretto di Rimini, promosso e gestito dalla U.O. Dipendenze Patologiche. Le attività svolte sono finanziate dal Fondo Sanitario Regionale per gli interventi socio-sanitari di strada. Il progetto si articola in una serie di attività che ruotano attorno ad uno stand allestito con materiali informativi gestito da operatori convenzionati (COOP. Alter). Lo stand, posizionato nell'ambito di eventi e luoghi del divertimento con forte prevalenza di pubblico giovanile, in collaborazione con i promotori/gestori dell'evento stesso, è organizzato per promuovere l'accesso libero ai materiali informativi e di limitazione dei rischi, l'aggancio/contatto di nuovi soggetti, il mantenimento/consolidamento delle relazioni abituali, l'ascolto, l'informazione, il counselling e l'orientamento, la realizzazione dell'etilometro. La presenza degli operatori e la continuità dell'esperienza, richiama l'attenzione del pubblico sul tema delle sostanze (legali e non) e dei rischi correlati.

- L'uso dell'**etilometro** nel contesto dei luoghi di divertimento, a supporto delle attività di riduzione dei rischi correlati all'uso di alcol, si è rivelato un efficace strumento di consapevolezza rispetto all'assunzione di alcol, la verifica di idoneità alla guida e le conseguenze delle infrazioni al codice della strada, affiancato da attività di counselling al singolo e/o al gruppo.
- **Informazione on-line** alla cittadinanza: dal giugno 2006 è attivo un indirizzo e-mail presso cui il cittadino può richiedere un aiuto, una consulenza, ed informazioni sulle sostanze, gli effetti, i rischi ed i trattamenti, anche in forma anonima. Il servizio è pubblicato sul sito web dell'AUSL, (U.O. Dipendenze Patologiche) e periodicamente presentato alla stampa locale.

COCAINA ... e altre sostanze

Per chiedere un aiuto, consulenza, informazioni sulle sostanze, gli effetti, i rischi e i trattamenti, **anche in anonimato**:

infosert@auslrm.net

Risponderanno gli Operatori dell'U.O. Dipendenze Patologiche



“La vita non aspetta” la campagna promossa dall'Assessorato regionale alla Sanità per la promozione del dono sangue fa da supporto al programma di iniziative locali che toccano sia l'ambito scolastico che extrascuola al fine di informare e sensibilizzare i giovani alla scelta di solidarietà del **dono sangue**.

“Una scelta consapevole” è la campagna di sensibilizzazione sul tema della donazione e trapianto di organi e tessuti. Il Comitato Locale che opera a sostegno del progetto promuove, ogni anno, numerose iniziative rivolte a diversi target per favorire la conoscenza e la consapevolezza su questo tema complesso e delicato. I programmi sono coordinati in ambito regionale (CRT - Centro Regionale Trapianti) e si integrano con le manifestazioni nazionali, particolarmente incisive in occasione della Settimana Nazionale, in primavera. Nel corso del 2011 è stata organizzata una serata dal titolo “La vita va in scena” – parole e musica sulla donazione e trapianto - presso il Teatro degli Atti a Rimini, uno spettacolo di sensibilizzazione promosso dal Comitato Locale Donazione e Trapianti di organi , tessuti e cellule.



“Una semplice, sana abitudine” è la campagna per sensibilizzare le donne sul programma di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella promossa dall'Assessorato regionale alla Sanità. Si avvale di materiali e iniziative nei vari ambiti territoriali.

“L'Emilia Romagna contro il dolore” è la campagna informativa per promuovere l'impegno a “prendersi cura della sofferenza” e informare gli utenti dei propri diritti e delle risorse disponibili: ospedali senza dolore, hospice, assistenza domiciliare. Una rete di servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati alla lotta contro il dolore.

OBIETTIVI: realizzare azioni per migliorare l'immagine dell'azienda e valorizzare con azioni specifiche le eccellenze (la buona qualità) presenti nell'azienda.

Gli strumenti utilizzati per migliorare l'immagine dell'Azienda e valorizzare le eccellenze sono stati:

- **comunicati stampa:** nel 2013 sono stati redatti 202 comunicati stampa, con un calo rispetto ai due anni precedenti, ma comunque con un aumento significativo rispetto al trend quinquennale. In calo anche il numero degli articoli pubblicati sulla stampa cartacea tradizionale, pari a 1.613. Elementi questi dovuti al grande diffondersi, in maniera esponenziale negli ultimi anni e mesi, di nuove modalità comunicative (social media, mobile e altro) che stanno letteralmente soppiantando la stampa e i media tradizionali. Una modificazione della situazione su cui ci si è interrogati sia a livello aziendale sia presso gli enti sopraordinati, e a fronte della quale si sta valutando la messa in campo di nuovi strumenti informativi;
- **articoli redazionali:** sono predisposti dall'ufficio stampa e inviati alle testate giornalistiche;
- **conferenze stampa:** nel 2013 sono stati organizzati 44 incontri con i giornalisti;
- **manifestazioni pubbliche:** sono state organizzate/realizzate 46 inaugurazioni o incontri pubblici o istituzionali di altro tipo, il tutto in netto aumento rispetto all'anno precedente
- **iniziative congiunte** in partnership con il volontariato sociale per giornate o manifestazioni pubbliche;
- **collaborazione con volontarimini,** l'agenzia del territorio e centro di servizi;
- **presenze sui media tv:** numerosi sono stati i servizi tv per informare su nuovi servizi e progetti di eccellenza, in particolare è stata attivata la partecipazione ai "Programmi dell'accesso" di Rai Tre. Si è inoltre strutturata una collaborazione, a costo zero, con Vga Telerimini che ha portato, alla data del 31 dicembre 2013, 15 professionisti aziendali a partecipare alla rubrica medica dell'emittente dal titolo "Dica 33", con collaborazione dell'Ufficio Stampa ai contenuti;
- **veicolazione di campagne di Area Vasta e regionali,** sono circa una ventina ogni anno le campagne veicolate. Quest'anno, per di più, è stato attivato in Regione un gruppo di lavoro sulla Health Literacy, mirata a migliorare la comunicazione tra medico paziente nonché i prodotti informativi, a partire dai percorsi oncologici. A Rimini sono stati formati 83 operatori all'utilizzo di queste innovative modalità comunicative centrate sulla relazione e si sono riscritti 5 materiali informativi, previo confronto con il Comitato Consultivo Misto, per agevolarne la comprensibilità dell'utenza.

OBIETTIVO: realizzare azioni per contrastare la cattiva informazione su problemi rilevanti di salute.

Le azioni messe in campo per contrastare la cattiva informazione sui problemi rilevanti di salute sono state molteplici: dall'utilizzo dei media, con programmazione di interviste e pubblicazione di redazionali, all'organizzazione di incontri con i cittadini e di manifestazioni pubbliche per informare e sensibilizzare, all'attività educativa in ambito scolastico, alle campagne di massa. Si sono sempre seguite modalità di lavoro coordinate e sinergiche con i partner istituzionali e non. La ricerca costante di partnership (con altre istituzioni e Associazioni di volontariato) rafforza e valorizza i progetti in termini sia di qualità che di efficacia.

Le CAMPAGNE di COMUNICAZIONE favoriscono la maggiore consapevolezza delle politiche sanitarie, diffondono progetti di prevenzione e promozione della salute, informano su servizi.

Le tematiche regionali riguardano la promozione del dono sangue, il progetto PIRP, Ospedale senza dolore, screening tumori colon-retto, nuove modalità di accesso alle cure odontoiatriche, vaccinazione papiloma virus, campagna di prevenzione influenza A H1 N1, vacanze con i fiocchi.

La sensibilizzazione alla donazione e trapianto di organi, la prevenzione oncologica, la specialistica ambulatoriale, la distribuzione diretta dei farmaci, l'utilizzo dei servizi di emergenza urgenza, l'informazione in tema di diabete, anziani e caldo, inquinamento atmosferico, la compagnia del dono, la giornata dell'allattamento ecc. sono alcune delle campagne a supporto di obiettivi aziendali.

Un grande impegno di informazione e sensibilizzazione ha riguardato **gli screening oncologici attivi nella nostra regione**, per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto.

Campagne informative rivolte alla popolazione fragile, in particolare persone ultra 75 anni

Emergenza Caldo

Anche nell'estate 2013 è stata organizzata la campagna per informare sugli effetti del caldo sulla salute, diretta alle categorie più fragili come gli anziani. I Comitati di Distretto e l'Azienda USL di Rimini hanno predisposto un piano di intervento articolato in più parti:

- Distribuzione di materiale informativo con consigli di carattere generale e regole alimentari,
- Informative sui periodici degli EE.LL, su quotidiani locali e Tv locali e su profilo facebook dell'ex AUSL di Rimini
- Attivazione di un numero telefonico per le segnalazioni delle situazioni a rischio. Gli addetti al ricevimento delle segnalazioni hanno svolto anche un ruolo attivo contattando telefonicamente o con visite a domicilio i soggetti a rischio,
- Inserimento nella home page del portale aziendale di pagine "dedicate" a questa problematica,
- Potenziamento degli interventi domiciliari, sia infermieristici che di assistenza di base.

5.3 LA COMUNICAZIONE INTERNA AZIENDALE

OBIETTIVO: attuare iniziative di comunicazione utili a promuovere l'innovazione e creare climi positivi

Le reti interne di referenti Sono fonti di creatività e innovazione, sono portatrici di esigenze e bisogni comunicativi, sono strumenti di coinvolgimento, partecipazione, sensibilizzazione e crescita culturale. In azienda sono attive reti di referenti: per la formazione, la qualità, la comunicazione, l'informazione, la gestione reclami, la privacy, la sicurezza e la gestione del rischio.

Forum e mailing list Si tratta di circoli e gruppi di discussione e invio di posta elettronica per far conoscere progetti, programmi, iniziative, informative aziendali, sindacali, ricreative, ecc.

"Sanità Oggi" la Rassegna Stampa quotidiana: la Rassegna stampa quotidiana viene diffusa on line ed è accessibile dal desktop di tutti i computer aziendali. La lettura a video è in solo testo o full page.

Elenchi telefonici: l'Urp cura la redazione degli elenchi telefonici, compreso quello pubblico e la versione per centralinisti non vedenti.

Guida per il neo assunto: è un vero e proprio manuale predisposto dalla Direzione assistenziale per accogliere e indirizzare chi entra a far parte della comunità professionale infermieristica dell'Ausl di Rimini, per aiutare a capire nell'organizzazione aziendale, diritti, doveri, responsabilità e altre notizie e riferimenti utili al lavoro e alla qualificazione professionale.

***"RiminiCuore - guida al servizio"** è la pubblicazione che presenta il M.O. Emergenze cardiologiche. Dal 1987 l'Azienda addestra al soccorso cardio-rianimatorio operatori sanitari dei servizi di emergenza e chi lavora a contatto con ampie fasce di popolazione. Nel territorio, è inoltre attiva una rete di oltre **3.000 soccorritori laici** per l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici presenti in tutti gli ospedali e in oltre 70 postazioni extraospedaliere. Il sistema di collegamenti e collaborazioni con le Forze dell'Ordine assicura la disponibilità di soccorso immediato e sinergico. Il progetto è supportato da iniziative pubbliche, comunicati e conferenze stampa che rafforzano la cultura del soccorso.*

La **gestione delle emergenze** sanitarie si avvale di **task force** e di procedure codificate, sia per gli aspetti organizzativo-assistenziali che per quelli dell'accoglienza e della relazione con i singoli e con la collettività, avvalendosi dei media e di vari mezzi di comunicazione.

Il processo di budgeting

Permette di realizzare concretamente il coordinamento tra unità organizzative costituendo un'importante esperienza di sviluppo professionale per gli operatori coinvolti nel processo (programmazione, negoziazione, gestione e verifica).

Anche nel 2008, le linee strategiche e gli obiettivi prioritari sono stati messi a punto con il contributo del Collegio di Direzione e con il supporto dei Servizi Amministrativi e dello Staff.

La Pianificazione delle attività di Dipartimento si è sviluppata nei Comitati di Dipartimento dove si illustrano gli obiettivi e le risorse (personale, attrezzature, beni di consumo) da assegnare ai Dipartimenti, si condividono gli obiettivi assegnati, si formulano indicazioni per l'elaborazione, da parte delle Direzioni delle UU.OO., di proposte di piano di attività articolato in obiettivi, progetti, risorse.

Anche la fase di **negoziazione interna** con i Direttori delle UO per eventuali correttivi e per la definizione della proposta di budget complessiva di Dipartimento ha assunto forte rilevanza comunicativa così come la negoziazione con la Direzione Generale e le successive azioni per informare e condividere a tutti i livelli organizzativi gli obiettivi assegnati.

Incontri periodici nei Comitati di Dipartimento sono stati dedicati all'analisi dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi pianificati, analizzando ed approfondendo le cause degli eventuali scostamenti ed attivando azioni correttive e di miglioramento.

Il budgeting è quindi un fondamentale strumento gestionale di sostegno all'attività aziendale cui vengono chiamati tutti gli operatori per dare il loro contributo professionale nel campo dell'assistenza e dell'attività tecnico-amministrativa.

Progetto Retecentri: è un consolidato sistema di lavoro di interazione a rete tra Centri e strutture residenziali e semi-residenziali che operano nel territorio per l'assistenza e la riabilitazione dei soggetti fragili. Il "Progetto ReteCentri" agisce prioritariamente sulla formazione permanente degli operatori, sulla comunicazione tra operatori e strutture e su una metodologia di lavoro condivisa, per promuovere nel territorio la cultura della solidarietà, l'equità assistenziale e la valorizzazione delle persone con abilità diverse.

La comunicazione tra professionisti: la comunicazione con i MMG e PLS avviene attraverso:

- **Compartecipazione** nelle scelte di governo della sanità, **Incontri** di aggiornamento su protocolli, linee guida, presentazione di obiettivi/progetti/servizi, ecc.
- **Portale web dei MMG:** la casa virtuale dei professionisti medici e pediatri di famiglia con dati e informazioni sulle attività del singolo medico, stato degli assistiti, andamento prescrittivi, ecc.

A livello più strettamente e meramente comunicativo, va ricordato che da anni viene pubblicata una rivista aziendale, sia in cartaceo sia sul sito aziendale (in versione più estesa) in cui non solo viene descritta l'attività aziendale, ma nella quale gli operatori e le varie articolazioni aziendali sono chiamati ad essere "protagonisti" attraverso interviste, racconti in prima persona, sezioni dedicate alle passioni e agli eventi aziendali.

Infine, proprio nel corso del 2013, il Direttore Generale Marcello Tonini ha effettuato un secondo "tour" incontrando, nel loro luogo di lavoro, tutte le unità operative, per ascoltare dalla loro viva voce le problematiche e i margini di miglioramento presenti. Ne è nato un articolo studio, svolto dall'Ufficio Stampa, sulle parole chiave emerse, da cui sono stati evidenziati due temi principalmente: il merito e la partecipazione. E' stato dunque organizzato un premio aziendale intitolato "Onore al merito", grazie al quale un operatore per ogni unità operativa, individuato dai propri colleghi, ha ricevuto un riconoscimento in denaro per la propria disponibilità e impegno sul lavoro. Questi riconoscimenti economici, frutto di una sponsorship privata, sono stati consegnati nel corso di una serata dedicata al personale aziendale e svoltasi in un locale sulla spiaggia.

OBIETTIVO: Le tecnologie della informazione e della Comunicazione come strumento di miglioramento della comunicazione tra professionisti e tra questi e gli utenti.

In questi ultimi anni l'azienda ha cercato di progettare e realizzare una revisione dei sistemi informatici aziendali - in particolare quelli direttamente pertinenti all'assistenza ospedaliera e distrettuale, finalizzata al miglioramento della efficienza operativa delle tecnologie utilizzate, alle loro capacità di dialogo reciproco e flessibilità.

Dal 2000 si è implementata la revisione dei sistemi pertinenti la **registrazione informatica degli accessi** degli utenti siano essi avvenuti a livello ospedaliero (in regime di ricovero (Ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Osservazione breve, Pronto Soccorso, visite ambulatoriali) o a livello territoriale (consultori, medicina del territorio ecc.), tramite la messa a regime di un unico sistema (Med-Trak). Tale sistema di base può ritenersi precursore della creazione della cartella clinica informatizzata.

La video-comunicazione, risorsa preziosa in sanità sia per la formazione professionale che per l'assistenza ai pazienti, permette collegamenti plurimi, interattivi, video e audio, consulenze e consulti a distanza su casi clinici con tutti i vantaggi dell'interattività e in tempo reale. E' attiva per la diagnostica per immagini (TC, risonanza magnetica, ecografia e gran parte della radiologia) fra gli ospedali dell'Ausl di Rimini. Le immagini digitalizzate TC, giungono in tempo reale ai centri di 2° livello, come neurochirurgia, evitando 300 potenziali trasporti in ambulanza/elicottero a pazienti critici.

Anche la Risonanza magnetica si avvale dello stesso sistema, fondamentale nella gestione dei traumi della colonna vertebrale, riduce al minimo il trasporto e il trasferimento di traumatizzati.

Tutte le TAC dei sei ospedali della Romagna sono collegate con la neurochirurgia di Cesena sede del Trauma center, secondo il modello regionale dell' *hub and spoke*.

Inoltre, la memorizzazione delle immagini e la registrazione su supporto ottico fa sì che il reparto richiedente disponga rapidamente di immagini di qualità con possibilità di personalizzarne la fruizione (ingrandimenti, sezioni, ecc.).

Il portale aziendale Nel 2008 è stato attivato il nuovo sito dell'Azienda Usl di Rimini. Sono state modificate l'organizzazione dei contenuti e la veste grafica del sito, in modo da renderne più semplice la navigazione e la ricerca delle informazioni di interesse.

I contenuti sono aggiornati quotidianamente per accrescere e rendere organiche le informazioni reperibili e l'interattività del sito. Le pagine, in continua evoluzione, sono categorizzate per fasce di utenza, eventi della vita, sezioni progettuali. Lo "**spazio ascolto**" interattivo, permette di accogliere segnalazioni a cui viene assicurata una risposta tempestiva.

I contenuti del Numero Verde Regionale sono anche disponibili al pubblico sul sito <http://guidaservizi.saluter.it> dove è possibile conoscere dove e in che modalità sono erogate le prestazioni sanitarie nella Regione Emilia Romagna

WWW.SALUTER. IT L'Azienda Usl di Rimini contribuisce, sia in quanto capofila per aggiornamento sia per la parte di propria competenza, alla redazione del portale della sanità regionale **www.saluter.it** rafforzando identità e visibilità ai progetti di eccellenza.



IL PORTALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

di Rimini risponde all'esigenza di questa comunità professionale di ricevere informazioni di servizio, consultare i propri dati di attività, normative, documenti, condividere e discutere tramite forum protocolli e linee guida. Il portale è il comune edificio "virtuale", riferimento operativo, professionale e organizzativo utile al professionista e, quindi, al paziente, avviando all'accumulo di informazioni cartacee. Il portale potrà interfacciarsi con il progetto SOLE regionale.





PROGETTO SOLE (SanitàOnLine) Dopo la fase sperimentale dei primi anni nella quale l'Azienda è stata capofila regionale della connessione in rete Sole dei MMG, attualmente il 100% dei MMG e dei PLS è oggi collegato al progetto Sole.

Tutti i MMG (compresi i 16 MMG dell'Altavalmarecchia) sono accomunati dall'utilizzo della stessa cartella informatica (Doctor2001), concepita quale strumento di governo della medicina generale e pertanto governata direttamente dall'Azienda sia nei contenuti che nell'architettura tramite un gruppo di lavoro dedicato. Oltre alle funzioni base previste dal progetto Sole nella cartella sono integrate anche le funzioni di emissione di ricetta elettronica per le prescrizioni farmaceutiche, di registrazione e invio delle vaccinazioni antinfluenzali e delle prestazioni di particolare impegno professionale (PIPP), di invio delle certificazioni INPS, la cartella informatizzata per la gestione integrata del diabete, l'applicativo per la gestione della TAO. L'integrazione con l'assistenza domiciliare per l'inserimento degli accessi è attualmente in fase di integrazione.

Sono inoltre integrate nella cartella del MMG tutte le LLGG clinico - organizzative aziendali per l'appropriatezza prescrittiva e i percorsi organizzativi aziendali in essere.

Un particolare sistema di collegamento informatico con il Centro Screening Oncologico Aziendale fornisce ad ogni MMG direttamente in cartella del paziente l'avviso con tipologia, data e sede dello screening (mammografico e sangue occulto) da eseguire, permettendo così l'effettuazione di una specifica azione di sensibilizzazione e invito da parte del MMG .

A livello aziendale sono integrate in SOLE tutte i segmenti del ciclo base (laboratorio, CUP, radiologia, ADT, specialistica, dimissioni, pronto soccorso); sono in fase di integrazione i servizi di anatomia patologia, NPS, Sert. E' completamente informatizzata la gestione integrata del diabete di tipo II (registrazione schede, invio dal MMG al CD, ritorno della consulenza).

E' stato attivato il servizio di autenticazione del cittadino al proprio Fascicolo Sanitario elettronico per tutti i cittadini della provincia da parte del personale amministrativo degli Sportelli Unici.

LABONLINE: è lo strumento on line, consultabile nel portale aziendale e in quello dei MMG, per affrontare tematiche e condividere l'appropriatezza nella prescrizione degli esami di laboratorio; uno strumento di supporto al clinico che avvicina e consente il dialogo interspecialistico tra medici prescrittori e medici di patologia clinica e di laboratorio.

L@bonline

Sitografia
www.ausl.rn.it
www.saluter.it
www.mmg.auslrn.net

OBIETTIVO: La reputazione sulla stampa. Rilevazione dell'Ufficio Stampa

Già da anni l'ufficio stampa effettua una rilevazione della reputazione dell'Azienda, e dei suoi servizi, sulla stampa, in particolare quella locale. L'obiettivo è quello di avere un'idea il più possibile dettagliata del "trattamento", da parte dei mass media, delle notizie che a qualsiasi titolo riguardano l'Azienda.

A questo proposito è stato elaborato un file di excell che riporta, su ogni singola riga, un singolo articolo pubblicato sulla stampa e relativo ai soggetti sopra elencati, e con elementi distintivi riportati nelle varie colonne e precisamente: testata, sintesi del titolo o tema dell'articolo, data di pubblicazione, valori numerici di peso e "positività" dell'articolo, articolazione aziendale interessata dall'articolo. Meritano ulteriore delineazione il primo e gli ultimi due items:

- per quanto riguarda il primo, la testata, si precisa che sono censiti i tre quotidiani locali che coprono il territorio provinciale (Corriere Romagna, Resto del Carlino, La Voce, Nuovo Quotidiano di Rimini) e, sebbene più raramente, testate nazionali, e i siti d'informazione giornalistica sempre più presenti in internet. La fonte è unica, e cioè la rassegna stampa on – line.
- per quanto riguarda l'attribuzione di punteggio agli articoli (penultimo item) va prioritariamente spiegato che i punteggi possono essere positivi, negativi o neutri, a seconda che l'articolo cui si riferiscono è positivo, negativo o neutro per l'Azienda. Il valore di ogni articolo può andare da 1 a 5 e più precisamente: notizia in breve o taglio basso 1 punto; taglio medio o spalla 2 punti; apertura 3 punti; punto aggiuntivo per il richiamo in prima pagina, ulteriore punto aggiuntivo se il richiamo in prima pagina è d'apertura. Questo per quanto attiene ai giornali cartacei, mentre per quanto attiene ai siti viene attribuito un punteggio di 1. Per ogni singolo articolo si può dunque andare da 5 punti negativi (esempio, il caso di presunta malasànità con cui un quotidiano apre il giornale) a 5 punti positivi (l'inaugurazione di un nuovo servizio, utilizzato nel medesimo modo);
- per quanto riguarda l'ultimo item, e cioè le articolazioni aziendali, il relativo menù a tendina consente di attribuire i punteggi a: Presidio ospedaliero di Riccione, Presidio Ospedaliero di Rimini, Distretto di Riccione, Distretto di Rimini, Dipartimento di sanità pubblica, Dipartimento amministrativo.

Questa articolazione del file di excell è studiata per consentire a posteriori, attraverso apposite pivot di indagine, di incrociare i dati in modo da verificare, ad esempio, quale territorio gode di un trattamento migliore o peggiore sulla stampa, quale servizio, o quale gruppo di servizi (ad esempio le cure ospedaliere, piuttosto che quelle distrettuali), ma anche quale giornale è più severo, quale attribuisce più peso alle notizie di sanità, e così via. Consente soprattutto di delineare trend temporali, se il progetto verrà portato avanti, rispetto al trattamento dei mass media.

Ne emerge un quadro non negativo. Nel 2013 gli articoli pubblicati sono stati oltre 1.600, con un "peso medio" in pagina pari a quello di un taglio medio. Il giornale che ha pubblicato di più è stato il Corriere Romagna, che è anche quello che si è dimostrato meno "ostile" nei confronti dell'Azienda, mentre quello più ostile è risultato La Voce.

I servizi che godono di una migliore reputazione sono quelli ospedalieri, mentre quelli amministrativi hanno la reputazione peggiore. Da tale analisi emerge inoltre che l'attività di promozione delle notizie positive provenienti da qualsiasi diramazione aziendale riscuote ancora una grande importanza, soprattutto sui siti d'informazione, sempre più propensi rispetto alla carta stampata, a riportare notizie in positivo e di servizio. Nel breve medio periodo dunque, anche in relazione al grande sviluppo che i siti stanno avendo, e ai loro contatti con il mondo social, tale operazione può portare risultati apprezzabili in termini di reputazione. Ma questa operazione può rappresentare anche un'opera di "diluizione" della cattiva reputazione: la classica notizia negativa può essere, per quanto possibile, affogata di altre notizie, oltre che controbattuta con una replica puntuale. Il presente sistema di rilevazione può essere utile per individuare, in maniera molto dettagliata, quali sono le articolazioni aziendali che, in un certo momento, hanno più bisogno di essere assistite, con questa pratica o magari attraverso operazioni e campagne di comunicazione diretta al cittadino o ancora di comunicazione intera per migliorarne il clima. La medesima rilevazione è stata ampliata, nel 2014, a tutta l'Azienda USL della Romagna.

GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE

6

Note di sintesi: governo della ricerca e innovazione

Nell'anno 2013 l'Azienda USL di Rimini ha individuato tra gli obiettivi prioritari quello di rafforzare la capacità di produrre ricerca e gestire l'attività di ricerca e innovazione come funzione istituzionale, creando le condizioni affinché gli operatori potessero identificare le priorità e partecipare ad attività di ricerca, anche in accordo con l'Infrastruttura per la Ricerca e l'Innovazione di Area Vasta Romagna e IRST.

E' stato prodotto il Piano Aziendale Ricerca e Innovazione 2013, approvato dal Collegio di Direzione, e sono continuati gli incontri mensili del Board Aziendale Ricerca e Innovazione a supporto del Collegio di Direzione per la valutazione dell'impatto di carattere organizzativo-gestionale-etico che le iniziative di ricerca e innovazione hanno sull'operatività dei servizi.

Allo scopo di una sempre maggiore integrazione tra i vari sottosistemi aziendali si è provveduto:

- a consolidare la rete interdisciplinare che collabora nelle attività di ricerca;
- a collaborare con la realtà regionale nella messa a punto e nell'implementazione dell'Anagrafe Regionale della Ricerca;
- a collaborare con il Comitato Etico di AVR e IRST, con la Tecnostruttura IRST di supporto alla Ricerca Scientifica, con i corrispondenti Settori di Area Vasta Romagna e con le UU.OO. aziendali;
- a fornire supporto statistico-metodologico nella stesura, implementazione e monitoraggio dei progetti di ricerca, di audit, dei percorsi clinico-assistenziali aziendali e delle innovazioni clinico-organizzative;
- ad implementare i registri regionali di patologia, tra i quali quello provinciale dei pazienti diabetici.



Al fine di acquisire capacità di attrazione di finanziamenti dedicati alla ricerca e di dare a tutti l'opportunità di accedere alle fonti di finanziamento ed alla conoscenza delle diverse opportunità, si è mantenuto, implementato e gestito il fondo per la ricerca e l'innovazione aziendali a sostegno delle attività e dell'organizzazione della ricerca aziendali.

Particolare attenzione è stata posta alla diffusione della cultura relativa alla ricerca e alla conseguente formazione del personale.

Nel corso del 2013 si è proseguito il processo per facilitare l'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica, partecipando ai lavori del Network regionale per la Documentazione biomedica.

Un ulteriore obiettivo è stato quello di garantire la trasparenza in tutte le fasi dell'attività di ricerca attraverso l'attivazione di un sistema di rilevazione delle risorse impiegate nei singoli progetti, offrendo garanzie ai finanziatori privati riguardo alla gestione trasparente ed efficiente delle risorse messe a disposizione, il censimento delle attività di ricerca svolte e delle risorse organizzative/finanziarie dedicate, anche attraverso l'implementazione del catalogo aziendale delle pubblicazioni svolte dai professionisti e valutazione dei risultati ottenuti.

6.1 SVILUPPO DELLA FUNZIONE RICERCA E INNOVAZIONE

Nel 2013 l'Azienda USL di Rimini ha individuato tra gli obiettivi prioritari quello di proseguire nel consolidamento di rafforzare la capacità di produrre ricerca e gestire l'attività di ricerca e innovazione come funzione istituzionale creando le condizioni affinché gli operatori possano identificare le priorità e partecipare ad attività di ricerca. Con deliberazione del Direttore Generale n. 150 del 07/03/2013 è stato approvato il Piano Aziendale Ricerca e Innovazione anno 2013.

Il Board aziendale per la Ricerca e l'Innovazione si è riunito regolarmente per un totale di 10 incontri, valutando tutti i progetti di ricerca presentati (89 studi) e partecipando attivamente alle sedute del Collegio di Direzione aziendale.

E' stata garantita la collaborazione con il Coordinamento di Area Vasta per la Ricerca e l'Innovazione, con l'Infrastruttura della ricerca e di Area Vasta Romagna e IRST e con il Comitato Etico di Area Vasta Romagna e IRST.

In questo ambito le azioni intraprese sono state le seguenti:

- proseguimento della attività del Settore Ricerca e Innovazione in ambito locale come struttura di supporto alla ricerca coerentemente a quanto proposto dal gruppo di lavoro regionale ed in accordo e collaborazione con la Tecnostruttura a supporto della R&I di AVR-IRST, fornendo consulenza statistico-metodologica a 16 ricerche approvate dal Comitato Etico svolte presso le diverse UU.OO. aziendali. Durante l'anno 2013 sono stati attivati 13 percorsi clinico-assistenziali integrati ospedale-territorio: Bambino Obeso, TBC nell'adulto e nel minore, Scompenso cardiaco, Emergenza-Urgenza Psichiatrica nell'adulto, Ictus, Demenza, Epilessia, Fratture di femore, Follow up carcinoma mammella, Breast Unit, Tumore al polmone, Trauma per dinamica maggiore. Sono state organizzate tre riunioni in plenaria con i Direttori delle UU.OO. internistiche, PS, ortopedia e con i medici di medicina generale sulle tematiche stroke, scompenso cardiaco, BPCO, fratture di femore. Tali problematiche sono state discusse anche nell'ambito delle riunioni del Collegio di Direzione aziendale. Il tema della BPCO è stato trattato durante un corso di aggiornamento obbligatorio per MMG. Sono state approvate dal Comitato Etico di AVR e IRST 63 ricerche (16 promosse dall'AUSL di Rimini).
- Il Settore Ricerca e Innovazione si è inoltre impegnato, sia a livello regionale che aziendale, nell'ambito del percorso regionale di introduzione controllata della tecnologia di Radioterapia Intraoperatoria, contribuendo alla realizzazione dei protocolli di ricerca clinica IRMA02 e IRMA03 di cui l'AUSL di Rimini è centro di coordinamento regionale.
- Nel 2013 la voce Qualità, Ricerca Organizzativa e Innovazione è stata inserita nelle schede dipartimentali per la concertazione aziendale del budget.
- E' stato fornito supporto tecnico-metodologico alla realizzazione di audit clinici sull'appropriatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica, dei sartani, delle statine e di Dutasteride/Finasteride. Si è dato inoltre supporto metodologico alla Commissione del farmaco di Area vasta Romagna effettuando l'analisi metodologica delle richieste dei farmaci off label e 1 audit clinico di Area Vasta Romagna sull'utilizzo del Pegfilgastrim presso l'IRST di Meldola e l'UO Oncologia di Ravenna. Sono stati attuati incontri formativi/informativi del gruppo di lavoro per l'appropriatezza ed incontri formativi/informativi presso le UU.OO. di Medicina aziendali. Si è proceduto al monitoraggio dell'attività senologica aziendale tramite la produzione dei principali indicatori EUSOMA con la produzione di report specifici. Si è dato supporto tecnico-metodologico all'organizzazione del Servizio di Diagnostica Senologica e Prevenzione.
- Nel corso del 2013 è stato dato supporto tecnico-metodologico a 22 audit clinici, basandosi sull'analisi degli indicatori del Piano Nazionale Esiti, sui report degli indicatori regionali e sui percorsi clinico-assistenziali in corso:

- 1 audit clinico (74 pazienti) che ha coinvolto tutte le UUOO del Dipartimento Malattie Cardiovascolari sul tema dello scompenso cardiaco
 - 1 audit clinico relativo alla sepsi (18 pazienti Medicina II Rimini)
 - 9 audit clinici sui pazienti post IMA in nove Nuclei di Cure Primarie
 - 2 audit clinici sul percorso del paziente con Ictus, l'ultimo dei quali ha coinvolto 9 reparti internistici per un totale di 50 casi esaminati
 - 1 audit clinico sulla terapia a Pressione negativa
 - 2 audit clinici sul tasso dei reinterventi per ca mammario dopo un intervento di quadrantectomia
 - 1 audit clinico sui pazienti in screening mammografico con esami microinvasivi C2 e/o B2 inviate ad early recall
 - 1 audit clinico sui pazienti anziani con frattura di femore
 - 1 audit clinico sull'uso delle immunoglobuline e plasmaferesi nei pazienti con malattie neurologiche (Neurologia e Medicina trasfusionale)
 - 1 audit clinico sul paziente con trauma per dinamica maggiore
 - 1 audit clinico sul paziente con diagnosi di BPCO
 - 1 audit su pazienti con TBC
- Sono state inoltre regolamentate in ambito aziendale le donazioni liberali da parte di enti profit, no profit e privati cittadini ed è stata curata l'istruttoria di tutte le donazioni liberali pervenute (51 istruttorie di donazioni liberali: 40 beni ed 11 in denaro).
 - Partecipazione alle attività dei registri operanti a livello regionale: Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER), Registro protesi d'anca (RIPO), Registro impianti defibrillatori e pacemaker, Registro angioplastiche coronariche (REAL), Registro sepsi in Terapia Intensiva. Si è implementato in ambito aziendale il Registro Provinciale dei pazienti diabetici e si è provveduto al suo aggiornamento tramite incrocio dei database specifici e controllo crociato con i MMG. L'Azienda ha partecipato attivamente al Gruppo di lavoro per la ristrutturazione dei Comitati Etici regionali, apportando il proprio contributo con un accesso settimanale presso l'Agenzia sanitaria regionale fino al mese di settembre 2013 per l'elaborazione dei documenti regionali e per i lavori di valutazione dei Progetti di Ricerca Regione-Università. In particolare sul fronte delle tecnologie nel 2013 l'Azienda si è impegnata per mantenere il parco tecnologico delle apparecchiature biomediche esistente e, nel contempo, per acquisire le tecnologie necessarie per supportare le linee di sviluppo aziendali, cogliendo anche le innovazioni e i miglioramenti che lo sviluppo e l'evoluzione dei dispositivi medici mette a disposizione.
 - L'attività della Breast Unit è stata monitorata con cadenza trimestrale. In campo senologico il Settore Ricerca e Innovazione ha contribuito all'attivazione del Call Center unico senologico, del gruppo allarme per la rilevazione dei tempi lungo il percorso, alla riorganizzazione della Breast Unit.
 - Le pubblicazioni scientifiche per esteso che vedono fra gli autori i professionisti dell'Azienda USL ad oggi inserite a catalogo aziendale sono 629 (di cui 50 dell'anno 2013).

6.2 INTEGRAZIONE TRA I VARI SOTTOSISTEMI AZIENDALI E COLLABORAZIONE CON ALTRE AZIENDE O ISTITUZIONI

Allo scopo di una sempre maggiore **integrazione tra i vari sottosistemi aziendali** data la necessità di creare un linguaggio comune, una condivisione di obiettivi ed una capacità di lavoro integrato relativamente alle competenze dei singoli, si è provveduto:

- a consolidare la rete interdisciplinare che collabora nelle attività di ricerca;
- a mettere a punto strumenti condivisi di rilevazione e rendicontazione dell'attività/risorse/costi dell'attività di ricerca;
- a collaborare con il Comitato Etico di IRST-AVR, con l'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria, con le UU.OO. aziendali e con i corrispondenti Settori di Area Vasta Romagna.

Dall'altro lato inoltre ritenendo fondamentale l'**integrazione anche con le altre realtà istituzionali**, il Settore Ricerca e Innovazione ha favorito il collegamento con le altre Aziende sanitarie e la Regione Emilia Romagna (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria regionale), partecipando attivamente al gruppo regionale del PRI-ER, all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI), alla task force regionale per il supporto metodologico alla ricerca clinico-organizzativa, ed all'**Anagrafe Regionale della Ricerca** (ARER) per la rilevazione ed il censimento del numero di ricerche sperimentali approvate, numero di progetti regionali, nazionali ed internazionali e dei fondi utilizzati (254 ricerche inserite nell'ARER).

L'Azienda ha promosso la **partecipazione** dei professionisti ai **bandi** nazionali ed internazionali attraverso l'aggiornamento della pagina web "Ricerca e Innovazione" con link a bandi pubblicati e la comunicazione tramite mailing list aziendale.

Il Settore ha, inoltre, dato supporto allo sviluppo di progetti di Ricerca e Innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere) mettendo a disposizione della organizzazione strumenti per facilitare la realizzazione di progetti con altre istituzioni ed è stata promossa la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento dell'integrazione all'interno dell'organizzazione.

Particolare attenzione è stata rivolta ad i rapporti con il **Comitato Etico di Area Vasta Romagna ed IRST**. A tale proposito l'Azienda USL di Rimini mantiene l'articolazione locale della Segreteria centrale del Comitato (sezione che riguarda gli aspetti amministrativi) direttamente presso l'Ufficio Ricerca e Innovazione. Tale innovazione organizzativa ha portato a ridurre sensibilmente il tempo medio intercorso tra l'approvazione di uno studio clinico da parte del Comitato ed il suo avvio da parte della Direzione Generale.

Presso l'Azienda USL di Rimini particolare rilevanza viene data all'attività di sperimentazione clinica in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta. A fine 2013 i medici sperimentatori iscritti all'anagrafe nazionale sono pari a 39.

6.3 CAPACITA' DI ATTRAZIONE DI FINANZIAMENTI DEDICATI ALLA RICERCA

Al fine di acquisire **capacità di attrazione di finanziamenti** dedicati alla ricerca e di dare a tutti l'opportunità di accedere alle fonti di finanziamento ed alla conoscenza delle diverse opportunità, si è mantenuto, implementato e gestito il **fondo per la ricerca e l'innovazione** aziendali a sostegno delle attività e dell'organizzazione della ricerca aziendali, i cui criteri di utilizzazione sono individuati dalla Commissione per la Qualità, la Ricerca e l'Innovazione.

Inoltre settimanalmente sono stati verificati i siti web della Agenzia Sanitaria Emilia-Romagna, del Ministero della Salute, della Comunità Europea e di diversi enti di ricerca.

Per promuovere, poi, la coerenza tra investimenti ed evidenza dei benefici ed un **utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche** si è curato l'aggiornamento della **pagina web** "Ricerca e Innovazione" con le specifiche relative all'introduzione in Azienda delle innovazioni tecnologiche e l'aggiornamento del data base condiviso per la raccolta sistematizzata delle pubblicazioni su riviste e monografie prodotte dagli operatori aziendali.

6.4 DIFFUSIONE DELLA CULTURA RELATIVA ALLA RICERCA SANITARIA E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Particolare attenzione è stata posta alla diffusione della cultura relativa alla ricerca e alla conseguente **formazione del personale** con due corsi a catalogo per i dipendenti aziendali.

Il 06/11/2013 è stato organizzato presso la Sala del Gas di Rimini in collaborazione con l'Agenzia Socio-Sanitaria il convegno "Indicatori di esito per il governo clinico".

6.5 ACCESSIBILITA' ALLA INFORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA

Nel 2013, la Biblioteca aziendale ha garantito un'apertura al pubblico per complessive 30 ore settimanali, in accordo con quanto contenuto nella Carta dei Servizi – Regolamento della Biblioteca, deliberati nel 2008.

Nel 2013 la Biblioteca aziendale ha erogato 2.564 prestazioni tra articoli e ricerche bibliografiche con un tempo medio di attesa di 2,2 giorni. Si è inoltre provveduto alla gestione degli acquisti delle principali riviste sempre nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse ed in collaborazione con il Network regionale.

6.6 GARANZIA DI TRASPARENZA PER LA RICERCA SCIENTIFICA

Un ulteriore obiettivo è stato quello di **garantire la trasparenza** in tutte le fasi della attività di ricerca attraverso l'attivazione di un sistema di rilevazione delle risorse impiegate nei singoli progetti, offrendo garanzie ai finanziatori privati riguardo alla gestione trasparente ed efficiente delle risorse messe a disposizione, il censimento delle attività di ricerca svolte e delle risorse organizzative/finanziarie dedicate a R&I e valutazione dei risultati ottenuti.

Trasparenza significa, inoltre, anche garantire che la ricerca sia condotta secondo criteri di correttezza ed ammissibilità etica e scientifica. In tal senso è stato ritenuto indispensabile la **valorizzazione del ruolo del Comitato Etico** attraverso la creazione della pagina web dedicata sul sito aziendale in cui sono contenute le informazioni relative alla documentazione da presentare al Comitato Etico per l'approvazione di uno studio sperimentale od osservazionale secondo decreto 08.05.2003.

Si è provveduto ad implementare il Sistema di archiviazione della Segreteria locale: la Segreteria locale di Rimini ha adottato un sistema di archiviazione della documentazione prevalentemente elettronico. Sul Server aziendale è presente una cartella di file (Comitato Etico su Server), all'interno del quale è archiviata tutta la documentazione riguardante gli studi clinici approvati dal CE (gli studi sono archiviati suddivisi per reparto), tutti i pareri ed i verbali del CE, nonché tutte le determinazioni di attivazione degli studi e le comunicazioni ufficiali che pervengono dalla sede centrale del CE.

Questo sistema di archiviazione ha comprensibilmente ridotto l'archivio cartaceo e ha permesso l'invio della documentazione agli interessati tramite mail aziendale.

OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA AZIENDALE

7

Note di sintesi: obiettivi specifici di particolare impatto aziendale

La realizzazione del percorso nascita nel Dipartimento Materno Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile dell'AUSL di Rimini ha raggiunto nel corso del 2013 alcuni obiettivi facenti parte della ridefinizione dei percorsi assistenziali intra ed interdipartimentali e ospedale – territorio quali:

- valorizzazione del ruolo dell'Ostetrica quale operatore capace di operare nel territorio e in ospedale proponendosi quale trait d'union per l'intero arco riproduttivo
- rispetto e recupero della fisiologia con una progressiva differenziazione dei percorsi per il basso e l'alto rischio

L'ambulatorio della gravidanza a rischio (GAR) è stato potenziato ed è stato aperto l'ambulatorio per la patologia onco - ginecologica.

E' stata data la possibilità alle mamme con fattori di rischio socio - familiari o emotivi di ricevere un colloquio con la psicologa di reparto per l'invio al territorio e/o la possibilità, in casi selezionati, di usufruire dell'ostetrica a domicilio per il sostegno all'allattamento al seno

E' stato inoltre sviluppato un percorso clinico - assistenziale per il bambino affetto da malattia cronica ad alta complessità dimesso dall'ospedale e ricoverato presso strutture protette convenzionate o assistito a domicilio.

L'attività ecografica ha raggiunto tempi d'attesa ottimali grazie anche alle innovazioni tecniche apportate al sistema di prenotazione, che ha permesso che eventuali posti vuoti vengano sempre riconvertiti nella prestazione al momento più in sofferenza in termini di tempi di attesa

La rete per i malati di demenza e il nucleo speciale demenze nella realtà riminese

Nel novembre 2008 è stato costituito presso una struttura privata accreditata il nucleo speciale demenze. Il nucleo, con 11 posti letto aumentati a 15 dal 01/01/2014, serve l'intera Provincia, ed accoglie pazienti con deterioramento cognitivo e disturbi comportamentali severi, con accesso condizionato dalla presenza di punteggio complessivo all'NPI maggiore o uguale a 24 o con almeno un item con punteggio di 8.

Le principali caratteristiche del nucleo sono rappresentate dalla degenza con carattere di temporaneità, un approccio al sintomo psico - comportamentale sia di tipo farmacologico che non farmacologico, la finalità di produrre il miglioramento/controllo della sintomatologia comportamentale per promuovere primariamente il rientro al domicilio e, ove non sia possibile,

L'impatto della vocazione turistica del territorio sulla azienda

La stagione estiva rappresenta il periodo dell'anno durante il quale l'organizzazione sanitaria è sottoposta al maggiore sforzo, in relazione al notevole, talora impulsivo, incremento della popolazione presente sul territorio riconducibile alle attività turistiche con riflessi sul funzionamento, in particolare dei/delle:

- servizi di pronto soccorso;
- attività preventive in particolare nella vigilanza e controllo delle imprese alimentari che sono rapportate alla realtà turistica.
- servizi di assistenza sanitaria ai turisti
- servizi di assistenza specialistica ambulatoriale per prestazioni di diagnostica e per visita.

Nonostante la forte pressione sui servizi di pronto soccorso, il numero dei ricoveri estivi rimane costante rispetto alla media annua.

7.1 REALIZZAZIONE DEL PERCORSO NASCITA NEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Il Dipartimento Materno Infantile dell'AUSL di Rimini ha raggiunto nel corso del 2013 alcuni obiettivi facenti parte della ridefinizione dei percorsi assistenziali intra ed interdipartimentali e ospedale - territorio. Per meglio rappresentare il lavoro fatto e i risultati ottenuti verrà presentata una panoramica descritta a più voci riaffermando così quel concetto di progressiva simbiosi tra territorio e ospedale e tra le diverse specialità operanti nel Dipartimento. Va così sempre più stagliandosi la figura del Perinatologo.

Ostetricia

L'applicazione delle linee di indirizzo della delibera Regionale 533 del 2008 sintetizzate negli 11 punti programmatici hanno consentito di proporre alle donne e alle famiglie una rilettura dell'organizzazione assistenziale della gravidanza, del parto e dei primi anni di vita del bambino.

Il lavoro di formazione incominciato ormai da alcuni anni si è concretizzato nel 2013 offrendo all'utenza una nuova assistenza alla nascita.

Le parole chiave per leggere i temi dell'appropriatezza che sono stati applicati al Materno Infantile sono:

- valorizzazione del ruolo dell'Ostetrica quale operatore capace di operare nel territorio e in ospedale proponendosi quale trait d'union per l'intero arco riproduttivo
- rispetto e recupero della fisiologia con una progressiva differenziazione dei percorsi per il basso e l'alto rischio

Si è quindi giunti a dare definitivamente e in modo organico una risposta al punto N° 3 della 533

"applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia"

L'impegno si è quindi rivolto alla realizzazione di percorsi gestiti autonomamente (seppure in stretta e continua collaborazione con i medici) dalle ostetriche per l'assistenza alla gravidanza, al travaglio - parto e al puerperio a basso rischio.

Essendo completamente delegato al territorio il monitoraggio della gravidanza fisiologica gli ambulatori ospedalieri hanno potuto aprirsi alle richieste di monitoraggio della gravidanza patologica per causa materna e/o fetale dando risposta al bacino di utenza che non è limitato alla sola provincia di Rimini ma anche al nord delle Marche (Pesaro – Fano - Urbino) consentendo di offrire prestazioni ambulatoriali pressoché in tempo reale in caso di necessità.

Nello specifico abbiamo potenziato l'ambulatorio della gravidanza a rischio (GAR) e aperto l'ambulatorio per la patologia onco - ginecologica.

La percentuale di gravidanze seguite in consultorio dalle sole ostetriche è stata per il 2013 pari al 25%. Tale percentuale sarebbe largamente superiore se le stesse operatrici non dovessero occuparsi di altri settori quali contraccezione e IVG.

Al termine della gravidanza tutte le donne che hanno avuto un decorso della gravidanza fisiologico vengono visitate presso l'Ambulatorio di Gravidanza a Termine gestito da sole ostetriche.

La revisione annuale dei dati ha confermato che poco meno del 50% delle mamme in travaglio e al parto vengono assistite in assoluta autonomia dalle sole ostetriche.

Anche il reparto di puerperio è affidato ad ostetriche che hanno in carico in collaborazione con le Infermiere del Reparto di Neonatologia la cura del neonato.

Questo approccio che si è concentrato sul rispetto della fisiologia e sul supporto della donna e della coppia ha consentito di ridurre il ricorso al Taglio Cesareo con un tasso del 19% e la percentuale di episiotomie al 6%.

Sempre al riguardo dei percorsi assistenziali ospedale - territorio vanno menzionati: riorganizzazione dell'attività ecografica, ambulatorio gravidanza a rischio (GAR) e ambulatorio pre - chirurgico

- **Riorganizzazione dell'attività ecografica**

Abbiamo costituito un gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio ed il miglioramento dell'offerta ecografica. I tempi medi di attesa sono 25 - 40 giorni per le ecografie morfologiche, 10 - 30 giorni per le ecografie ostetriche, 25 - 50 giorni per le ecografie ginecologiche;

- **Ambulatorio Gravidanza a Rischio (GAR)**

E' l'ambulatorio al quale vengono inviate tutte le pazienti che presentano in anamnesi o nel decorso gravidico una patologia materno - fetale. Tutte le donne intercettate sul territorio vengono inviate a questo ambulatorio.

Anche in questo caso abbiamo costituito un gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio ed il miglioramento dell'attività dell'ambulatorio GAR la cui attività è passata dalle 1392 prestazioni nel 2011 alle 2389 nel 2013 essendo stata ampliata la disponibilità da 2 a 4 giornate. Ciò si è reso possibile grazie al fatto che oltre il 50% dell'attività di screening ecografico viene eseguita a livello territoriale

- **Ambulatorio pre - chirurgico**

E' l'ambulatorio al quale vengono inviate donne portatrici di patologia dell'apparato genitale nelle quali si evidenzia la necessità di procedere con un intervento chirurgico (laparoscopico, laparotomico o vaginale). Tutte le donne intercettate sul territorio vengono inviate a questo ambulatorio. Attualmente le liste di attesa sono intorno ai 2 mesi; abbiamo iniziato un percorso per migliorare l'appropriatezza degli invii in modo da contenere il tempo di attesa complessivo tra prima diagnosi e ricovero. Anche in questo caso abbiamo costituito un gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio ed il miglioramento dell'attività dell'ambulatorio pre - chirurgico.

Per dare risposta anche alla richiesta di controllo del dolore mediante tecniche non farmacologiche si è programmato un percorso di formazione, finanziato con fondi messi a disposizione dalla Regione per il Percorso Nascita, che ha portato il gruppo di ostetriche ad acquisire competenze per l'impiego di diversi metodi per l'analgesia in travaglio.

Partendo dai corsi di accompagnamento al parto tenuti dal consultorio al cui personale da anni viene garantito un continuo aggiornamento si è giunti ad offrire alle coppie che intendano far nascere il loro bimbo presso l'UO di Ostetricia di Rimini un incontro mensile tenuto in collaborazione tra Ostetriche, Infermiere della Neonatologia, Neonatologi e Ginecologi in cui viene presentato il percorso intraospedaliero di assistenza alla nascita. Durante gli incontri sia in consultorio che in ospedale vengono presentati i diversi approcci al controllo del dolore gestiti dalle sole ostetriche:

- supporto continuo one to one
- libertà di posizioni in travaglio e al parto
- possibilità di alimentarsi
- possibilità di ascoltare musica
- possibilità di immergersi in vasca o di ricorrere all'impiego di docce
- utilizzo di riflessoterapia mediante digito pressione o idropuntura
- aromaterapia

La presentazione dell'Equipe Ospedaliera e dei protocolli assistenziali ha riscosso l'attenzione delle coppie e agli incontri mensili sono presenti circa 50 coppie che oltre a vedere rappresentata la realtà assistenziale possono porre domande o presentare specifici piani di assistenza definiti in gergo "Piano del Parto". Si realizza così una più concreta personalizzazione dell'assistenza che a tutt'oggi viene premiata con elevati livelli di afflusso al reparto che si mantengono inalterati anche in fase di generale calo della natalità regionale e nazionale oltre i 3100 parti annui.

Neonatologia

La stretta collaborazione tra personale ostetrico, infermieristico e neonatologico favorisce il rispetto della fisiologia e la presa in carico di situazioni a rischio cercando di mantenere una continuità con il territorio. Ad esempio, durante il puerperio, personale sanitario specificamente formato valuta la presenza di fattori di rischio per lo sviluppo di depressione post - partum attraverso griglie osservazionali.

Le mamme con fattori di rischio socio - familiari o emotivi ricevono un colloquio con la psicologa di reparto per l'invio al territorio e/o la possibilità, in casi selezionati, di usufruire dell'ostetrica a domicilio per il sostegno all'allattamento al seno. Nel primo semestre del 2013 sono stati attivati 20 interventi a sostegno dell'allattamento da parte di operatori ospedalieri.

Pediatria

In ambito pediatrico si assiste ad un'aumentata incidenza di patologie croniche complesse legate alla sopravvivenza di bambini molto prematuri e con malformazioni complesse dimessi dalle terapie intensive. Allo scopo di gestire queste situazioni è stato sviluppato nel 2013 un percorso clinico - assistenziale per il bambino affetto da malattia cronica ad alta complessità dimesso dall'ospedale e ricoverato presso strutture protette convenzionate o assistito a domicilio.

Il percorso è finalizzato a:

- 1) identificare il/i pediatra/i ospedaliero consulente per la/e patologia/e in oggetto;
- 2) prendere in carico il paziente in condizioni di emergenza - urgenza tramite un percorso individualizzato che preveda una corsia preferenziale e la presenza, presso la UO Pediatria, della documentazione clinico assistenziale aggiornata al paziente;
- 3) effettuare brevi ricoveri programmati in regime ordinario per seguire i bambini affetti da patologia severa e con necessità di ricovero in lungodegenza presso struttura protetta convenzionata. In questi casi si costituisce una Unità di Valutazione Multidisciplinare, coordinata in genere dal pediatra di libera scelta (case - manager) che elabora un piano di assistenza individualizzata e coordina un team di specialisti appartenenti a diverse unità operative tra ospedale e struttura protetta. Il team è generalmente costituito da pediatra ospedaliero, anestesista, fisiatra, neuropsichiatra infantile, pediatra di libera scelta, neonatologo e chirurgo pediatra. Nell'ottica inoltre dell'integrazione tra pediatria ospedaliera e di comunità sono stati realizzati e condivisi nel 2013 importanti percorsi clinico - assistenziali quali quello relativo al bambino in sovrappeso/obeso e quello alla persona con diabete in età pediatrica.

Consultorio

Riorganizzazione dell'attività ecografica

Al momento i tempi di attesa sono: 25-40 giorni per le ecografie morfologiche, 10 – 30 giorni per le ecografie ostetriche, 25 – 50 giorni per le ecografie ginecologiche; quindi una situazione ottimale raggiunta grazie alle innovazioni tecniche apportate al sistema di prenotazione, che ha permesso che eventuali posti vuoti nelle prenotazioni vengano sempre riconvertiti nella prestazione al momento più in sofferenza in termini di tempi di attesa

Abbiamo inoltre costituito un gruppo di lavoro permanente (dr Cavallo per l'ospedale – dr Pace per il territorio) per il monitoraggio ed il miglioramento dell'offerta ecografica.

Percorso violenza domestica e violenza sessuale sulle donne (rete Dafne)

Si intende tutta quella attività che è volta alla tutela e assistenza socio - sanitaria delle donne vittime di violenza. La rete è già funzionante, ma necessita di aggiornamento e implementazione. Allo scopo verrà costituito un gruppo di lavoro permanente (dr.ssa Parodi per l'ospedale – dr Assirelli per il territorio).

Endocrinologia ginecologica – menopausa

Considerato l'incremento dei casi riguardanti i disturbi della fertilità e della menopausa oggi la nostra risposta ai bisogni è frammentaria ed insufficiente; il nostro impegno futuro sarà quello di cercare soluzioni per intervenire con un programma di prevenzione - diagnosi precoce a livello consultoriale coordinato con l'ambulatorio ospedaliero.

Pianificazione familiare

Trattasi delle seguenti attività: IVG chirurgica e farmacologica, contraccezione e intercezione (contraccezione post - coitale) che vengono svolte presso i rispettivi servizi, riteniamo adeguatamente e con buone professionalità; tuttavia risulta debole e non ben strutturato il coordinamento volto alla prevenzione. Le azioni necessarie a tale fine andranno pensate con prevalente attenzione all'ambito territoriale.

7.2 LA RETE PER I MALATI DI DEMENZA E IL NUCLEO SPECIALE DEMENZE NELLA REALTA' RIMINESE

Il peso dell'invecchiamento contribuisce a confermare le stime di numerosi studi epidemiologici internazionali che prevedono, nel 2020, un numero di casi di persone con demenza di oltre 48 milioni, che potrebbe raggiungere, nei successivi venti anni, una cifra superiore agli 81 milioni di persone, per la stragrande maggioranza concentrata nei paesi in via di sviluppo.

Nei soli Paesi dell'Unione Europea (EU) le stime più attendibili parlano della prospettiva di superare, sempre nel 2020, i 15 milioni di persone affette da demenza, con una ratio femmine/maschi che ipotizza più del doppio dei casi per il genere femminile rispetto a quello maschile.

In termini di disabilità inoltre, basandosi sulle valutazioni della scala Disability-adjusted life years (DALY), risulta che il peso della demenza è, nei Paesi EU, quasi doppio di quello generato da una patologia come il diabete.

Questi dati mostrano quindi l'importanza del problema in termini di costi sanitari, assistenziali, sociali e familiari e la necessità di un approccio a più livelli e con un rafforzamento di un sistema di rete che, come declinato nel Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99), ponga tra gli obiettivi anche quello di sviluppare una rete in grado soprattutto di sostenere le famiglie.

Il Consultorio/Centro Esperto per le Demenze dell'Azienda USL di Rimini (attualmente denominato Centro della Memoria e indicato con l'acronimo CEDEM) ha iniziato la propria attività il 4 dicembre 2000. Dal maggio 2011 afferisce al Dipartimento di Cure Primarie nella U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali. Esso svolge primariamente attività di diagnosi e terapia, counseling telefonico, consulenze psicogeriatriche all'interno delle UU.O. ospedaliere, attività di restituzione diagnosi, supporto psicologico e stimolazione cognitiva.

L'attività riferita all'anno 2013 è di seguito rappresentata:

CONSULT. CENTRO ESPERTO - DELEGATO	Utenza	Prime Visite			Progetto Cronos		Controlli		
	Popolazione anziana >65aa	TOTALI	Di cui presi in carico	Di cui Non presi in carico	Pazienti Ammessi nell'anno	Pazienti ancora in trattament al 31.12	TOTALI	Di cui Cronos	Di cui altro
CEDEM RIMINI	70836	1020	755	265	176	932	2170	N.D.	N.D.

L'attività di *counseling* telefonico, gestita dal personale dello stesso CEDEM (medico e infermiere, dal lunedì al venerdì ore 8-13), è giunta a **2233** contatti nell'anno 2013 e risulta implementata di odi un ulteriore 3.9% rispetto all'anno precedente.

All'interno del Centro è attivo un progetto di *Attività psicologica*, che si avvale di una psicologa-psicoterapeuta cognitivo-comportamentale che, attraverso una borsa di studio, assicura un impegno orario di 30 ore settimanali. Le attività svolte comprendono:

- trattamenti psicologici supportivi e psicoterapici per pazienti cognitivamente integri;
- trattamenti psicologici supportivi e psicoterapici, gruppi di potenziamento della memoria per pazienti con MCI;
- gruppi di stimolazione cognitiva per pazienti con demenza;
- colloqui di restituzione della diagnosi, consulenza familiare sulle difficoltà assistenziali, trattamenti psicologici supportivi e psicoterapici individuali per familiari di pazienti affetti da demenza;
- corsi di formazione per operatori.

Nell'anno 2013 sono stati svolti 354 colloqui psicologici, 2 corsi base di stimolazione cognitiva e 1 corso di mantenimento per un totale di 38 incontri con presa in carico di 20 partecipanti, 3 corsi base di potenziamento della memoria con 30 incontri e presa in carico di 26 partecipanti.

L'organizzazione interna della U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali prevede inoltre l'utilizzo dei medici delle UVG territoriali anche all'interno del CEDEM e ciò consente un'utile integrazione delle competenze specifiche per la gestione delle problematiche connesse alla demenza all'attività di supporto e consulenza nella formulazione dei PAI allorché l'UVG si reca al domicilio per questa tipologia di pazienti nonché un utile raccordo con la componente sociale dei S.A.A.

L'attività del CEDEM e dei SAA si integra con l'assistenza protesica effettuando eventuali segnalazioni anche per problematiche di tipo ambientale/protesico.

Il Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) è attivo per entrambi i Distretti con sede unica a Rimini (via Coriano 38).

Le professionalità coinvolte comprendono un fisioterapista, un geometra, una figura amministrativa e un assistente sociale. I canali di accesso sono molteplici in quanto la richiesta di consulenza può avvenire attraverso il MMG, l'assistente sociale referente del caso, il fisioterapista che ha effettuato per altri motivi una valutazione tecnico-ambientale oppure per accesso diretto dell'utente o del familiare. Il Servizio è aperto dalle ore 8.30 alle 12 per 3 giorni la settimana e anche su appuntamento. Nel 2013 i familiari di persone con demenza certificata che hanno usufruito della consulenza sono stati 30; gli interventi su persone con problematiche cognitive non certificate sono stati molto più numerosi ma non quantificati. Come per gli anni passati, al di là degli interventi di adattamento domestico, all'interno del Servizio Protesica e Ausili viene svolta un'attività di valutazione tecnico-ambientale che supporta in modo significativo le famiglie per scelte di piccoli adattamenti favorevoli la mobilità anche per questa tipologia di utenza.

Il CEDEM e i SAA si integrano poi fattivamente anche con il III settore, ed in particolare con l'Associazione Alzheimer Rimini che, a sua volta, svolge attività informativa/formativa e di counseling (con orari lunedì 10-12 e venerdì 15-17) per un numero complessivo di 85 giorni di apertura. Nel 2013 un totale di 120 persone hanno usufruito del servizio con complessive 850 chiamate al numero fisso e al telefono cellulare (attivo dal lunedì al venerdì, ore 9-19, per un totale di 320 giorni). L'Associazione, a sua volta, ha condotto nel 2013 un progetto di stimolazione cognitiva con 14 incontri rivolti ad un gruppo di 9 persone e un corso di mantenimento di 10 incontri rivolto ad un gruppo di 8 persone, un ciclo d'incontri di musicoterapia e, nel Comune di Santarcangelo di Romagna, un corso di *Memory training* che ha coinvolto 7 persone per un totale di 7 incontri. Sono stati attuati anche alcuni interventi mirati e personalizzati su pazienti particolarmente disagiati dal punto di vista logistico (alta Valmarecchia) che hanno coinvolto 10 pazienti con interventi di stimolazione cognitiva individuale al domicilio.

Nell'ambito dei Piani di Zona, e sempre in collaborazione, sono stati portati avanti 3 progetti di supporto ai familiari dei malati e precisamente:

- il progetto *Consulenze psicologiche domiciliari a persone affette da demenza con disturbi comportamentali*
- il progetto *La Dimissione protetta della persona con demenza con disturbi comportamentali*
- il progetto *Supporto educativo/assistenziale domiciliare per il paziente con demenza.*

È proseguito per tutto il 2013 presso l'ASP Casa Valloni di Rimini l'*Amarcord Cafè*, un luogo d'incontro rivolto a persone con disturbi cognitivi e ai loro familiari e assistenti, che – utilizzando locali appositamente attrezzati – prevede attività di stimolazione cognitiva, di animazione, di movimento (metodo Hobart) e di sostegno e consulenza psicologica. L'iniziativa è promossa e realizzata dall'ASP Casa Valloni con la collaborazione di Associazione Alzheimer Rimini, Associazione AUSER Rimini e Associazione culturale Movimento Centrale – Metodo Hobart. Anche nel 2013 l'*Amarcord Cafè* si è tenuto il mercoledì dalle 15 alle 18 per un totale di 40 settimane; il numero di persone malate coinvolte è stato di 41 e il numero di familiari 32, con una presenza media per ciascun incontro di 18 famiglie.

Nel mese di aprile 2013 è stato aperto presso la Casa Pullè di Riccione lo *Scaramaz Cafè*, promosso e realizzato dal Comune di Riccione e dall'Associazione Alzheimer Rimini con la collaborazione dell'associazione AUSER. Lo *Scaramaz Cafè* si è tenuto il martedì pomeriggio dalle 15 alle 18 per un totale di 26 incontri. Il numero complessivo di persone che hanno partecipato è stato di 25 malati accompagnati da 25 familiari, con una media di 12 nuclei familiari per ogni incontro. Sono state realizzate attività di stimolazione cognitiva informale, di reminiscenza, ricreative, occupazionali nonché di supporto e sostegno individuale e di gruppo.

Nel corso dell'anno all'interno della U.O. Anziane Disabili fisici e sensoriali sono stati svolti diversi corsi di formazione rivolti agli operatori.

In particolare:

- 1° giugno 2013: corso di formazione *Il percorso clinico-assistenziale del paziente con demenza in ambito territoriale*. Al corso, della durata di 4 ore, hanno partecipato 32 professionisti tra medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali.
- 6 e 13 giugno 2013 (2 edizioni della durata di 7 ore ciascuna): corso di aggiornamento *Supporto emotivo ai caregivers: le abilità di ascolto nel sostegno ai caregivers*. Hanno partecipato complessivamente 64 professionisti tra medici, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali.

Sono stati organizzati diversi incontri formativi-informativi, rivolti alla cittadinanza con la collaborazione dell'Associazione Alzheimer Rimini, dell'AUSL Rimini, delle Amministrazioni comunali, di Volontarimini e di altre associazioni del territorio.

In particolare:

- Progetto *La fucina delle idee*. Nel Distretto di Rimini sono stati effettuati un incontro nel comune di Bellaria (15 partecipanti) e 3 incontri a Rimini (due dei quali condotti da una psicologa-psicoterapeuta e uno da un nutrizionista, con una partecipazione media di 50 persone per ciascun incontro). La stessa psicologa-psicoterapeuta ha condotto 2 ulteriori incontri di approfondimento rivolti a gruppi di 15 volontari. Nel Distretto di Riccione è stato realizzato un incontro nel comune di San Giovanni in Marignano cui hanno partecipato 15 persone.
- Il 25 maggio 2013 nel Distretto di Riccione (comuni di Riccione e Morciano di Romagna) è stata realizzata la prima edizione della *Giornata regionale del Caregiver (Caregiver Day)*, finalizzata dalla Regione Emilia-Romagna a sensibilizzare la cittadinanza e promuovere il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo del familiare che si prende cura. È stata quindi organizzata una pubblica conferenza a Riccione (condotta da una psicologa-psicoterapeuta e intitolata *Aiutare chi aiuta*), alla quale hanno partecipato 28 persone, mentre nelle piazze dei due Comuni aderenti sono stati organizzati due punti d'incontro con rappresentanti dell'AUSL, dei Servizi sociali territoriali e delle venti Associazioni di volontariato aderenti all'iniziativa (fra cui l'Associazione Alzheimer Rimini). Quest'ultima iniziativa ha visto la partecipazione di oltre 100 persone.

Nella rete dei servizi è compreso anche il nucleo speciale demenze della residenza Sole di Misano Adriatico costituito nel novembre 2008 con 11 posti letto, aumentati a 15 dal 01/01/2014. Il Nucleo, che serve l'intera Provincia, accoglie pazienti con deterioramento cognitivo e disturbi comportamentali severi con accesso condizionato dalla presenza di punteggio complessivo all'NPI maggiore o uguale a 24 o con almeno un item con punteggio di 8.

Le principali caratteristiche del nucleo sono rappresentate dalla degenza con carattere di temporaneità, un approccio al sintomo psico-comportamentale sia di tipo farmacologico che non farmacologico, la finalità di produrre il miglioramento/ controllo della sintomatologia comportamentale per promuovere primariamente il rientro al domicilio e, ove non sia possibile, il trasferimento ad un servizio della rete a più bassa intensità assistenziale.

Il filtro per l'accesso è svolto dalle UVG territoriali, dal CEDEM (Centro Esperto della Memoria) o dal NOA (Nucleo Operativo aziendale per la continuità Assistenziale) a seconda che il paziente giunga rispettivamente dal territorio (domicilio o altra struttura socio-assistenziale) o dai presidi ospedalieri.

All'interno del Nucleo operano un medico geriatra, una psicologa che svolge la sua attività di sostegno non solo per gli ospiti ma anche per i caregiver, 1 RAA (responsabile dell'attività assistenziale), personale infermieristico presente per 8 ore/die, 8 OSS in turno sulle 24 ore, 1 educatore per 18 ore/settimanali.

Dall'integrazione del lavoro di queste figure professionali, che operano sul paziente ciascuna con la propria competenza professionale, scaturisce il progetto individuale.

La metodologia di lavoro si basa principalmente sulla valutazione multidimensionale geriatrica e i momenti strutturati volti a favorire gli scambi completi di informazioni e l'individuazione di strategie ambientali e assistenziali che permettano, insieme ad un'adeguata terapia farmacologica, un controllo

dei disturbi comportamentali, sono principalmente tre: il giro di visita quotidiano, l'incontro settimanale di staff e il coordinamento mensile.

Il progetto in itinere e di dimissione viene condiviso con i familiari del paziente e con i servizi territoriali di competenza che provvedono all'eventuale attivazione di servizi di assistenza domiciliare, ove necessario, o all'inserimento in una struttura idonea per il paziente.

Se il progetto di dimissione prevede il rientro a domicilio, il caregiver, sia esso formale o informale, nella fase preparatoria alla dimissione si affianca al personale del reparto nella gestione del paziente in vari momenti della giornata in modo da acquisire competenze e sicurezza per la gestione domiciliare.

L'avvio del già citato progetto *La Dimissione protetta della persona con demenza con disturbi comportamentali*, ha consentito di usufruire di un OSS del territorio di competenza che effettua la presa in carico pre-dimissoria, attraverso un periodo di affiancamento all'interno del nucleo per acquisire la conoscenza delle strategie comportamentali più efficaci nel caso specifico, e prosegue il progetto assistenziale al rientro al domicilio per dare sostegno ed assistenza alla famiglia e verificare l'andamento del progetto. Nei casi più complessi è previsto anche l'intervento di un sostegno psicologico al domicilio.

Dall'apertura del nucleo (novembre 2008) al 31 dicembre 2013, il Nucleo ha ospitato un totale di 167 pazienti, di cui 100 maschi con una età media di $76,0 \pm 6,1$ e 67 femmine con età media di $82,2 \pm 6,35$. Nel 2013 il Nucleo ha ospitato 31 pazienti di cui 15 donne e 16 uomini con un'età media di 76.5 ± 9.4 anni, con un NPI medio all'ingresso di $63.2 \pm 15.9/144$. I pazienti accolti provenivano 13 dal domicilio e 18 da altra struttura o presidio ospedaliero, mentre per quanto riguarda il territorio di competenza 19 erano del distretto di Riccione, 12 del distretto di Rimini. Nel caso di tre pazienti il ricovero del 2013 rappresentava un secondo ricovero nel Nucleo.

Per quel che riguarda il progetto di dimissione al 31/12/13: 11 pazienti sono ancora presenti nel Nucleo, 4 sono tornati a domicilio, 2 sono deceduti (uno in ambiente ospedaliero e uno in struttura) e i restanti 14 sono stati dimessi in altra struttura socio-assistenziale. Alla dimissione l'NPI medio è di $10.7/144$ con una ampia variabilità da 0/144 a 23/144.

Questi dati confermano che per circa il 30% dei pazienti accolti si riesce a realizzare un percorso di rientro al domicilio e comunque, sempre, una significativa riduzione dello scompenso comportamentale.

Questa rilevazione risulta particolarmente importante se si considera la severità dei sintomi psico-comportamentali presenti all'ingresso e conferma l'efficacia del sistema di rete realizzato tra pubblico, privato e terzo settore.

Nel corso del 2013 è stata infatti ulteriormente consolidata la rete clinico-assistenziale per il paziente affetto da demenza, anche attraverso la definitiva stesura e pubblicazione (18 novembre 2013) del *Percorso clinico-assistenziale aziendale del paziente con sospetta demenza* (PDTA.16). Tra gli obiettivi previsti dagli ultimi piani delle azioni devono ancora essere realizzate: l'attivazione della consulenza psicogeriatrica territoriale (domicilio/strutture) e l'apertura di un nuovo punto ambulatoriale periferico – rinviata per la mancanza di alcune pratiche organizzative- e comunque attuata nel febbraio 2014.

7.3 L'IMPATTO DELLA VOCAZIONE TURISTICA DEL TERRITORIO SULLA AZIENDA

Premessa

Nel panorama dell'offerta turistica regionale e nazionale Rimini e la sua provincia occupano un ruolo particolare e significativo per dimensione del fenomeno, per l'immagine che si è evoluta nel tempo, per lo spirito che anima gli operatori.

Milioni di presenze estive, un turismo fieristico e congressuale esteso sull'intero arco dell'anno, forti oscillazioni di presenze nei fine settimana determinano un impatto importante sull'offerta dei servizi sanitari.

Per la nostra provincia il periodo estivo rimane quello più impegnativo per l'organizzazione sanitaria.

All'organizzazione sanitaria il turismo chiede uno sforzo maggiore rispetto agli standard validi per altre realtà ovvero una organizzazione di servizi molto flessibile che si dilata al punto da triplicare l'offerta di prestazioni.

Una prima idea dell'impatto complessivo che la vocazione turistica del territorio induce nell'azienda può essere rappresentata dal livello del potenziamento del personale presso i punti di erogazione più sollecitati; lo schema che segue riassume, in proposito, la situazione nel triennio 2010 - 2012 anche se va evidenziato che non riporta l'impegno del personale dipendente che sostiene "turni aggiuntivi" di lavoro, in particolare in ambito ospedaliero e per la funzione infermieristica.

SCHEMA POTENZIAMENTO ESTIVO DEL PERSONALE									
	2011			2012			2013		
		dal	al		Dal	al		Dal	al
U.O. O.R.L.	N. 1 Medico	01/07	31/07	N. 1 Medico	01/07	31/07			
U.O. OSPEDALIERE RIMINI E RICCIONE	N. 8 Operatori Socio – Sanitari	01/06	30/09	N. 8 Operatori Socio – Sanitari	01/06	30/09	N. 6 Operatori Socio – Sanitari	01/06	30/09
PRONTO INTERVENTO-CATTOLICA	N. 3 Medici	01/06	30/09	N. 2 Medici	01/06	30/09	N. 2 Medici	01/06	30/09
PRONTO INTERVENTO SANTARCANGELO	N. 1 Medico	01/04	30/09	N. 1 Medico	01/04	30/09	N. 1 Medico	01/06	30/09
INTERPRETI - PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIMINI	N. 4 interpreti su 24 ore giornaliere	01/06	30/09	N. 4 interpreti su 24 ore giornaliere	01/06	30/09	N. 4 interpreti su 24 ore giornaliere	01/06	30/09
INTERPRETI – PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE	N. 3 interpreti su 12 ore giornaliere	01/06	30/09	N. 3 interpreti su 12 ore giornaliere	01/06	30/09	N. 3 interpreti su 12 ore giornaliere	01/06	30/09
RADIOLOGIA RN							N. 1 Radiologo	01/06	30/09

Nell'Ospedale di Rimini il potenziamento estivo è stato attivato con medici di continuità assistenziale che hanno permesso l'apertura di un ambulatorio aggiuntivo nella fascia oraria 20.00 – 08.00.

Anche presso il Pronto Soccorso di Riccione sono stati utilizzati medici di continuità assistenziale per l'apertura di un ambulatorio giornaliero dedicato ai codici di minore gravità.

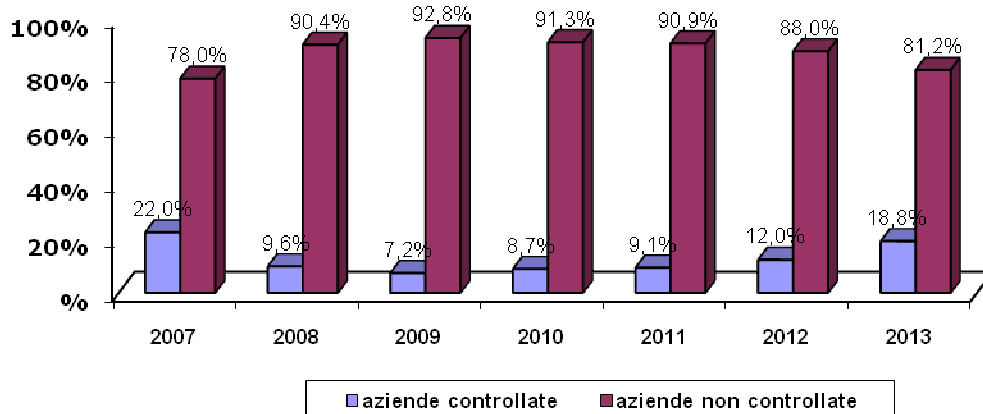
7.3.1 IMPATTO SULLA ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Rilevante è anche l'impegno nelle attività preventive, in particolare nella vigilanza e nel controllo delle imprese alimentari rapportate alla realtà turistica.

La normativa comunitaria affida all'operatore del settore alimentare (OSA) la responsabilità della sicurezza alimentare lungo tutta la filiera alimentare, dalla produzione primaria alla vendita al consumatore finale, e mette in capo alle aziende USL la competenza del controllo ufficiale mirato alla verifica dell'osservanza delle disposizioni previste dalla suddetta normativa.

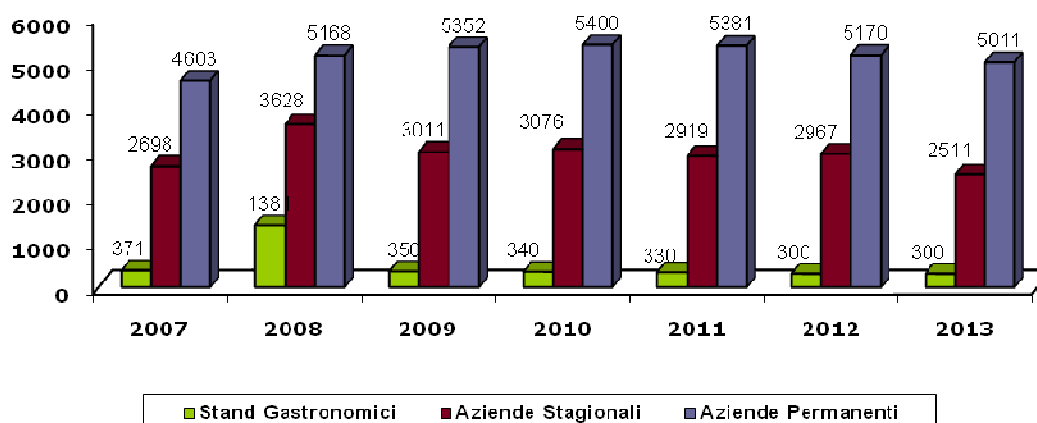
Dal 2007 al 2009 si è assistito ad una riduzione del numero delle aziende alimentari controllate, si è passati, infatti, dal 22% del 2007 al 7,2% del 2009 (Fig.1), con una graduale risalita negli anni successivi, passando dal 7,29 del 2009 al 18,8% del 2013, con un incremento più evidente dal 2012 al 2013. All'apparente riduzione dell'attività di controllo da parte dell'azienda USL, in realtà, corrisponde un controllo che negli anni è diventato sempre più minuzioso, con attività di ispezioni e campionamento eseguiti periodicamente e con frequenza appropriata, sulla base della categorizzazione del rischio e dei piani di campionamento nazionali e regionali. Dunque, a fronte di una riduzione del numero delle strutture controllate l'impegno richiesto per tale controllo è diventato sempre maggiore.

Fig. 1 - Attività U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione di Rimini



Come si evince dal grafico seguente (Fig.2), notevole è l'impatto della vocazione turistica del territorio sull'attività dell'U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione. Dal 2007 al 2012, le aziende ad attività stagionale hanno rappresentato, infatti, circa il 30% delle aziende totali presenti sul territorio, con una lieve riduzione nel corso del 2013 (rappresentando il 26%). Gli stand gastronomici e le aziende permanenti hanno mostrato, invece, negli ultimi anni una modestissima variazione di numero.

Fig. 2 - Aziende nella Provincia di Rimini



7.3.2 IMPATTO SULL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza distrettuale vede in particolare l'impatto turistico per quanto concerne le attività collegate all'allestimento dei punti di **guardia medica estiva** (turistica), allocati in sedi specifiche, presso i seguenti Comuni dei distretti:

Distretto di Rimini	Distretto di Riccione
1. Bellaria	1. Riccione- Via Cilea
2. Igea Marina	2. Riccione -Via Sicilia
3. Rimini-S.Giuliano	3. Riccione-Via Catullo
4. Rimini-Viserba	4. Cattolica
5. Rimini-Miramare	5. Misano Adriatico
6. Rimini-Marebello	
7. Rimini-Centro	

Anche il punto di **pronto intervento** (P.I.) di Bellaria, a gestione distrettuale, è oggetto di potenziamento sia per quanto concerne il personale (medico ed infermieristico) sia per l'ampliamento dell'orario di apertura che nei mesi estivi (luglio e agosto) va dalle ore 8 fino alle ore 24

Per quanto concerne **l'attività specialistica e diagnostica**, si assistono picchi di attività subito prima e subito dopo il periodo estivo, in quanto questo fenomeno riguarda prevalentemente i residenti impegnati nelle attività turistiche durante i mesi estivi.

Il forte afflusso di turisti induce prestazioni prevalentemente legate all'urgenza e all'emergenza 118 e ospedaliera, come meglio descritto di seguito.

7.3.3 IMPATTO SULLA ASSISTENZA OSPEDALIERA

Punti nodali del sistema sanitario nella realtà turistica estiva sono i Pronto Soccorsi ospedalieri dei Presidi Ospedalieri di Rimini e Riccione.

Dai grafici si evidenzia il notevole incremento di accessi alle strutture durante i mesi estivi che coincidono con il massimo afflusso turistico. In considerazione del notevole incremento di attività si predispone un potenziamento di personale medico ed infermieristico.

Nonostante la forte pressione sui servizi di pronto soccorso, il numero dei ricoveri estivi rimane costante rispetto alla media annua.

Dotazione di mezzi di soccorso - Azienda USL di Rimini

DISPONIBILITA' DI MEZZI DI SOCCORSO PER TUTTI I MESI DELL'ANNO				POTENZIAMENTO ESTIVO
				GIUGNO - SETTEMBRE
TIPO DI AMBULANZA	N° DI MEZZI	ORE DI ATTIVITA' AL GIORNO	DISLOCAZIONE TERRITORIALE	Si aggiungono ulteriori 6 Ambulanze, tutte di tipo A e con allestimento per l'emergenza, distribuite lungo tutto il litorale provinciale. Sono tutte attive dalle ore 7 alle ore 19 in tutti i giorni della settimana Si aggiungono inoltre 2 ambulanze, una presso l'Ospedale Infermi ed una presso l'Ospedale Ceccarini, attive dalle ore 20 alle ore 8 in tutti i giorni della settimana.
Ambulanza con 2 autisti soccorritori	1	H 24	Ospedale di Novafeltria	
Tipo A Medicalizzata	1	H 24		
Ambulanza con 2 autisti soccorritori	1	H 24	Zona Ponte Messa	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1	H 24	Ospedale di Santarcangelo	
Tipo A Medicalizzata	1	H 24	Bellaria- Igea Marina c/o sede del Pronto intervento	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1 1	H 24 H 12	Ospedale di Rimini	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1	H24	Zona Rivabella	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1	H 24	Zona Valloni	
AUTOMED	1	H 24	Ospedale di Rimini	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1 1	H 24 H 12	Ospedale di Riccione	
AUTOMED	1	H 24		
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1	H 24	Ospedale di Cattolica	
Tipo A (allestita per l'emergenza)	1	H 24	Morciano di Romagna c/o sede erogativa del Distretto	
LEGENDA: Ambulanza di tipo A allestita per l'emergenza: si intende un mezzo con a bordo un autista soccorritore ed un infermiere professionale Ambulanza di tipo A medicalizzata: si intende un mezzo con a bordo anche un medico oltre al personale di cui sopra AUTOMED: si intende una automobile con a bordo un medico in grado di raggiungere al bisogno le ambulanze non medicalizzate				

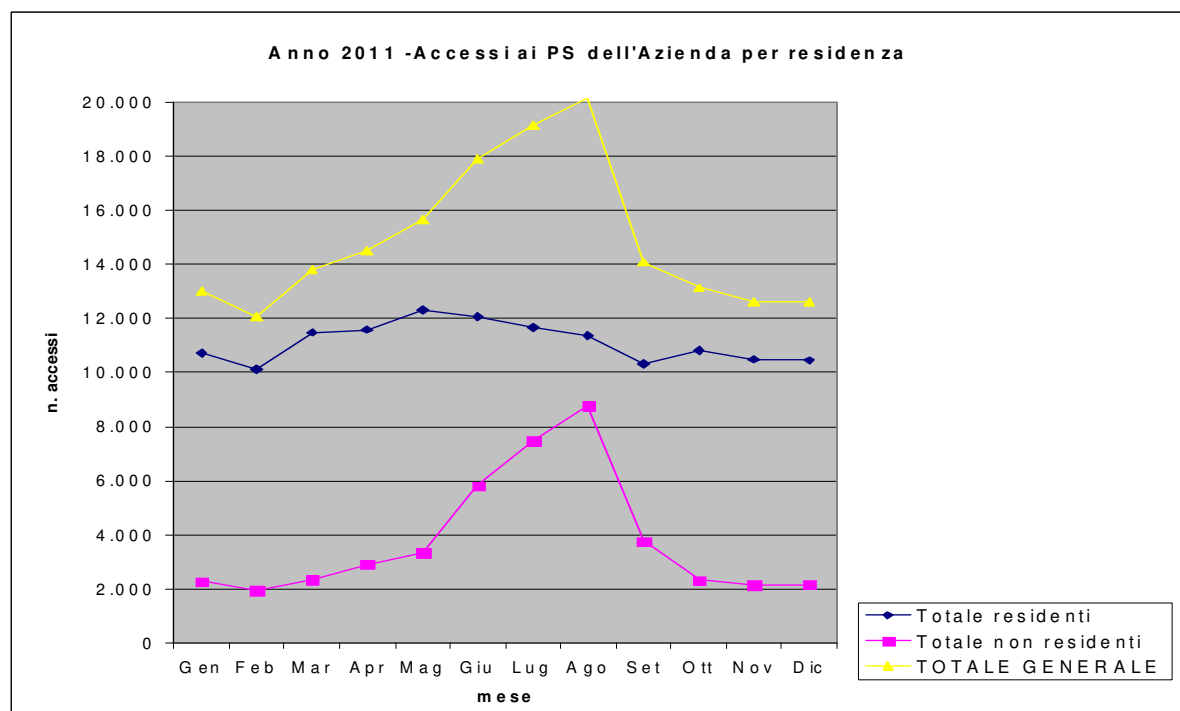
Il 118 unico romagnolo registra un aumento percentuale di chiamate del 38% nei mesi di luglio ed agosto rispetto alla media degli altri mesi (si passa da 8.500 chiamate mensili ad 11.800 nei mesi centrali dell'estate).

In ambito provinciale la media delle chiamate giornaliere passa da 280 a 380, senza significative differenze fra i diversi giorni della settimana.

ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI PER RESIDENZA E PER MESE DELL'ANNO

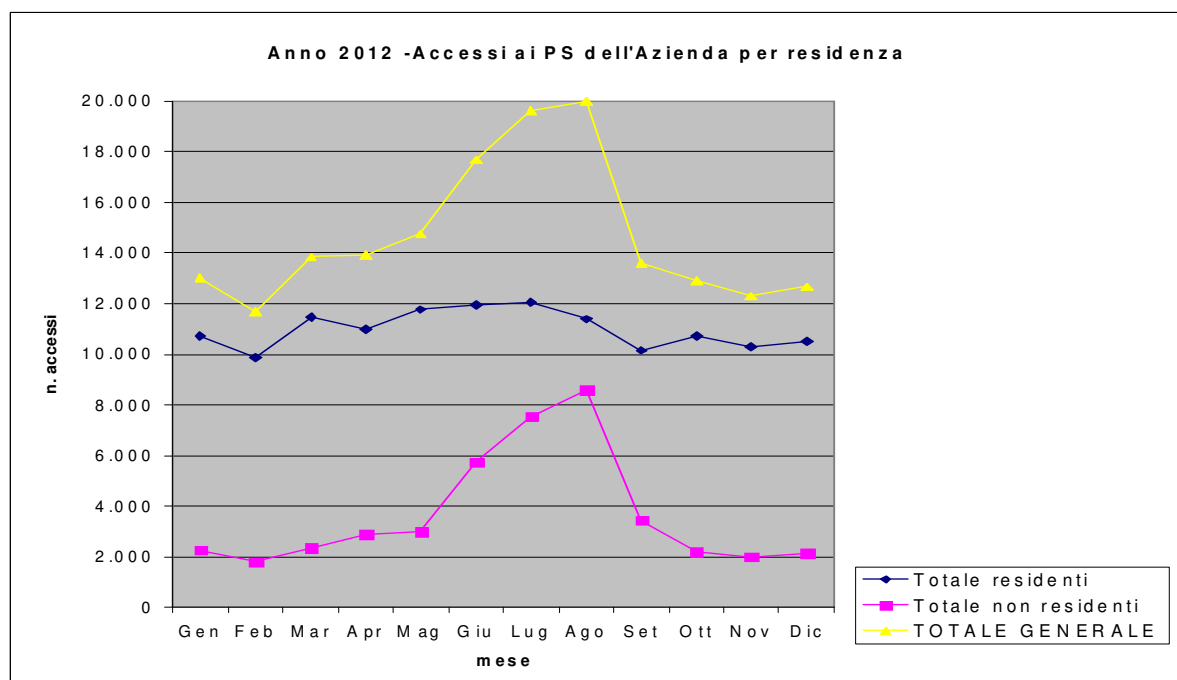
ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI PER RESIDENZA E PER MESE DELL'ANNO 2011

ANNO 2011	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
Residenti													
RN Pronto Soccorso	2.941	2.690	2.997	3.042	3.234	3.228	3.053	2.990	2.728	2.938	2.815	2.837	35.493
RC Pronto Soccorso	2.206	1.943	2.380	2.404	2.519	2.499	2.434	2.358	2.163	2.169	2.194	2.092	27.361
SN Pronto Intervento	952	905	1.099	1.118	1.234	1.311	1.299	1.245	1.058	1.007	960	904	13.092
CT Pronto Intervento	908	864	1.018	1.047	1.182	1.202	1.200	1.212	1.062	1.008	813	820	12.336
D1 Pronto Interv.Bellaria-MED.TERR.	133	112	159	173	157	159	221	201	138	141	130	111	1.835
RN Amb.Urgenze Pediatriche	1.364	1.316	1.326	1.234	1.199	1.026	869	821	759	1.045	1.098	1.305	13.362
RN Ortop. Pronto Soccorso	883	944	1.043	1.065	1.175	1.050	930	1.013	985	1.101	1.000	921	12.110
RN Ostetr. Pronto Intervento	505	447	460	473	506	515	610	540	541	528	553	608	6.286
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	372	435	468	461	520	491	464	432	397	377	436	370	5.223
RN ORL Ambul. urgenze	83	76	75	84	77	70	83	75	57	50	58	66	854
NF Pronto Soccorso	388	388	465	492	505	526	503	496	424	453	438	420	5.498
Totale residenti	10.735	10.120	11.490	11.593	12.308	12.077	11.666	11.383	10.312	10.817	10.495	10.454	133.450
Non residenti													
RN Pronto Soccorso	653	527	652	814	960	1.503	2.052	2.378	1.122	657	600	605	12.523
RC Pronto Soccorso	377	313	398	551	622	1.255	1.803	2.017	819	406	353	329	9.243
SN Pronto Intervento	229	232	282	283	312	387	434	548	304	232	231	243	3.717
CT Pronto Intervento	403	383	419	544	607	1.018	1.168	1.374	605	396	364	382	7.663
D1 Pronto Interv.Bellaria-MED.TERR.	23	24	18	34	31	88	143	188	54	35	22	22	682
RN Amb.Urgenze Pediatriche	235	184	187	253	262	738	837	1.006	286	158	173	238	4.557
RN Ortop. Pronto Soccorso	129	116	167	189	254	387	474	552	275	195	137	139	3.014
RN Ostetr. Pronto Intervento	113	88	97	102	138	143	215	263	107	126	134	103	1.629
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	41	36	48	61	81	154	174	185	81	58	53	42	1.014
RN ORL Ambul. urgenze	20	13	14	13	27	53	56	97	50	21	14	11	389
NF Pronto Soccorso	55	42	54	63	61	90	128	166	69	47	51	58	884
Totale non residenti	2.278	1.958	2.336	2.907	3.355	5.816	7.484	8.774	3.772	2.331	2.132	2.172	45.315
TOTALE GENERALE	13.013	12.078	13.826	14.500	15.663	17.893	19.150	20.157	14.084	13.148	12.627	12.626	178.765



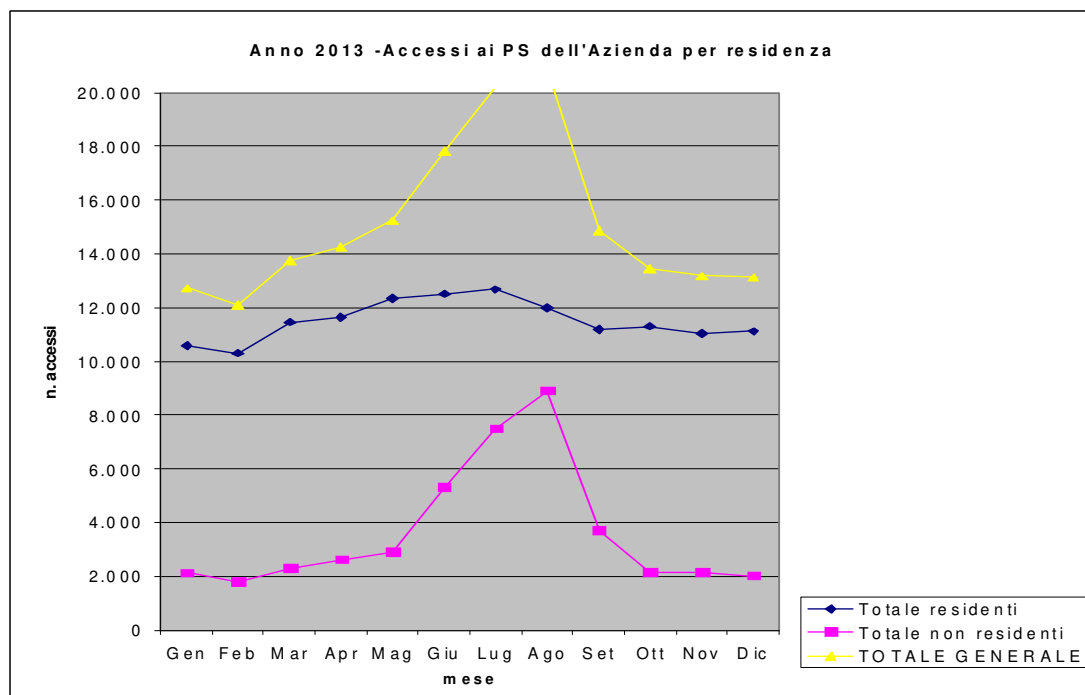
ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI PER RESIDENZA E PER MESE DELL'ANNO 2012

ANNO 2012	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
Residenti													
RN Pronto Soccorso	2.932	2.632	3.071	3.004	3.316	3.201	3.338	3.159	2.909	3.003	2.977	2.964	36.506
RC Pronto Soccorso	2.144	2.090	2.266	2.212	2.411	2.347	2.397	2.357	2.088	2.124	1.958	1.931	26.325
SN Pronto Intervento	938	916	1.098	975	1.101	1.284	1.340	1.318	1.088	1.093	1.002	993	13.146
CT Pronto Intervento	844	816	993	912	999	1.095	1.198	1.139	961	968	896	903	11.724
D1 Pronto Interv.Bellaria -MED.TERR.	99	132	141	113	118	136	218	188	97	122	95	78	1.537
RN Amb.Urgenze Pediatrie	1.354	1.016	1.251	1.125	1.128	1.142	971	757	686	893	1.029	1.374	12.726
RN Ortop. Pronto Soccorso	964	1.063	1.126	1.018	1.053	1.028	917	905	880	1.059	863	870	11.746
RN Ostetr. Pronto Intervento	589	472	556	643	636	645	623	608	610	536	609	539	7.066
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	373	262	411	451	449	466	453	403	353	397	407	360	4.785
RN ORL Ambul. urgenze	66	44	60	74	54	57	70	70	65	39	36	69	704
NF Pronto Soccorso	432	430	499	477	493	539	540	485	419	492	421	433	5.660
Totale residenti	10.735	9.873	11.472	11.004	11.758	11.940	12.065	11.389	10.156	10.726	10.293	10.514	131.925
Non residenti													
RN Pronto Soccorso	640	468	656	844	893	1.622	2.079	2.315	1.123	643	621	597	12.501
RC Pronto Soccorso	363	289	403	553	577	1.299	1.757	1.956	657	325	311	327	8.817
SN Pronto Intervento	245	183	248	262	282	374	509	503	303	292	258	236	3.695
CT Pronto Intervento	381	358	423	460	488	903	1.196	1.392	553	364	328	392	7.238
D1 Pronto Interv.Bellaria -MED.TERR.	16	19	24	36	34	77	169	191	50	17	16	19	668
RN Amb.Urgenze Pediatrie	212	144	186	282	244	702	815	1.039	253	161	133	198	4.369
RN Ortop. Pronto Soccorso	178	142	173	187	181	314	428	426	214	152	136	116	2.647
RN Ostetr. Pronto Intervento	119	113	127	130	133	194	211	300	110	130	103	135	1.805
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	40	28	50	64	66	120	163	189	86	51	49	63	969
RN ORL Ambul. urgenze	11	13	16	17	14	48	88	120	20	9	12	10	378
NF Pronto Soccorso	63	46	57	68	74	87	135	151	72	44	31	61	889
Totale non residenti	2.268	1.803	2.363	2.903	2.986	5.740	7.550	8.582	3.441	2.188	1.998	2.154	43.976
TOTALE GENERALE	13.003	11.676	13.835	13.907	14.744	17.680	19.615	19.971	13.597	12.914	12.291	12.668	175.901



ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI PER RESIDENZA E PER MESE DELL'ANNO 2013

ANNO 2012	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
Residenti													
RN Pronto Soccorso	3.083	2.802	3.301	3.154	3.324	3.375	3.366	3.142	3.097	3.211	3.074	3.052	37.981
RC Pronto Soccorso	1.989	1.964	2.202	2.199	2.378	2.352	2.465	2.463	2.265	2.078	2.018	1.935	26.308
SN Pronto Intervento	959	952	1.112	1.202	1.251	1.356	1.494	1.510	1.317	1.129	1.108	1.066	14.456
CT Pronto Intervento	860	889	970	1.020	1.110	1.181	1.267	1.198	1.010	961	875	864	12.205
D1 Pronto Interv.Bellaria -MED.TERR.	89	86	108	134	161	174	250	207	188	155	204	358	2.114
RN Amb.Urgenze Pediatrie	1.309	1.408	1.258	1.341	1.222	1.252	932	830	807	1.076	1.219	1.482	14.136
RN Ortop. Pronto Soccorso	848	787	891	993	1.132	1.026	1.063	948	1.013	1.070	976	845	11.592
RN Ostetr. Pronto Intervento	558	558	599	526	579	659	704	648	559	618	605	576	7.189
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	394	434	460	510	541	518	485	433	371	446	442	449	5.483
RN ORL Ambul. urgenze	76	50	47	67	64	61	70	67	46	49	46	43	686
NF Pronto Soccorso	431	376	510	490	585	566	582	553	508	513	463	448	6.025
Totale residenti	10.596	10.306	11.458	11.636	12.347	12.520	12.678	11.999	11.181	11.306	11.030	11.118	138.175
Non residenti													
RN Pronto Soccorso	599	497	690	747	879	1.411	2.063	2.279	1.054	576	568	557	11.920
RC Pronto Soccorso	340	273	348	452	506	1.080	1.654	2.023	743	311	324	283	8.337
SN Pronto Intervento	250	202	239	296	313	390	536	578	347	276	269	239	3.935
CT Pronto Intervento	385	330	394	449	449	931	1.149	1.412	632	399	372	354	7.256
D1 Pronto Interv.Bellaria -MED.TERR.	18	10	17	36	48	113	244	227	77	31	27	25	873
RN Amb.Urgenze Pediatrie	187	186	229	224	220	655	800	1.125	307	161	195	226	4.515
RN Ortop. Pronto Soccorso	112	94	131	151	202	265	400	423	187	135	127	125	2.352
RN Ostetr. Pronto Intervento	123	101	110	94	134	197	256	315	147	145	144	97	1.863
RN Ocul. Amb. prestazioni urgenti, prioritarie e follow up	41	42	57	69	58	135	178	192	86	42	53	47	1.000
RN ORL Ambul. urgenze	14	16	13	9	17	34	73	117	20	6	10	8	337
NF Pronto Soccorso	56	47	63	78	63	82	130	207	87	64	60	48	985
Totale non residenti	2.125	1.798	2.291	2.605	2.889	5.293	7.483	8.898	3.687	2.146	2.149	2.009	43.373
TOTALE GENERALE	12.721	12.104	13.749	14.241	15.236	17.813	20.161	20.897	14.868	13.452	13.179	13.127	181.548



CONCLUSIONI

Con il **Bilancio di Missione** l'Azienda vuole dar conto dei risultati ottenuti nel corso dell'anno 2013 relativamente alle attività di ambito sanitario e sociosanitario e diventa il dispositivo attraverso cui la Conferenza può esercitare le proprie funzioni di governo, definire le strategie degli interventi di sanità pubblica e individuare gli obiettivi di salute.

I vari capitoli sono stati elaborati con il contributo di tutti i servizi dell'Azienda in un insieme che teneva conto delle specificità degli approcci, degli apparati organizzativi, dei risultati.

In conclusione vengono ripresi sinteticamente alcuni elementi che hanno avuto un aumento dei volumi di attività e che hanno determinato risultati positivi in ambito aziendale.

Nell'area ospedaliera si evidenzia il trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione, attualmente calcolato in 138,9 dimessi per 1.000 abitanti (107,7 x 1.000 in regime ordinario e 31,2 x 1.000 in DH - valori inferiori a quelli medi regionali di riferimento).

Accanto all'andamento del dato di ospedalizzazione aziendale va registrato il consolidamento del trend in forte decremento del flusso di mobilità passiva intraregionale, che registra un - 5% rispetto al 2012, già caratterizzato da un significativo - 5,8% rispetto al 2011, decremento che interessa sia il settore pubblico (- 3,8%) sia, in misura più significativa, quello privato (- 9,5%).

La produzione chirurgica, conferma sostanzialmente i valori dell'anno precedente per l'attività di ricovero chirurgico in regime ordinario, mentre si registra un ulteriore lieve decremento dell'attività in Day Surgery che depone per lo sviluppo, peraltro ancora non pienamente completato, del passaggio di alcune frequenti tipologie di interventi chirurgici dal regime di DH a quello ambulatoriale.

Per quanto concerne **l'area territoriale** possiamo rilevare l'istituzione di 4 Case della Salute caratterizzate da una più stretta integrazione dei servizi presenti: una di tipologia media, nel comune di Morciano (recentemente visitata e valutata positivamente dalla Commissione Regionale), e tre di tipologia piccola situate a Bellaria, Santarcangelo e Coriano in fase di adeguamento strutturale.

In incremento negli ultimi anni è il numero di pazienti presi incarico dal servizio di assistenza domiciliare integrata con un numero d'assistiti che è passato da 5.515 nel 2009 a 7.121 nel 2013, così come è aumentato il numero di pazienti con gravissime disabilità acquisite presi in carico che è passato da 88 nell'anno 2008 a 107 nel 2013.

Di rilievo l'incremento del numero di prestazioni consultoriali effettuate, con particolare riferimento al numero di donne seguite in gravidanza, passato da 1.788 nel 2011 a 1.905 nel 2013, con una proporzione di donne gravide seguite rispetto al numero di bambini nati vivi che si colloca attorno al 66%, di cui circa la metà rappresentate da donne immigrate.

La spesa farmaceutica netta pro-capite pesata nell'Azienda USL di Rimini è stata, nel 2013, pari ad 108,13 euro (137,73 nel 2011), a fronte di un valore per la RER di 125,38 euro (153,01 nel 2011) venendosi a confermare la significativa capacità di governo del fenomeno già dimostrata negli anni precedenti.

Nell'area dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro si è assistito ad un incremento del numero di aziende di ristorazione sottoposte a controllo ufficiale. Si è passati, infatti, dal 17% del 2012 al 17,8% del 2013, e contestualmente si è registrato un incremento della percentuale di aziende nelle quali sono state rilevate delle non conformità.

Come per le aziende di ristorazione, anche per le aziende alimentari di trasformazione, lavorazione e confezionamento, si è assistito nel 2013 ad un aumento percentuale delle aziende sottoposte a controllo ufficiale (dal 23,1% del 2012 si è passati al 27,9% del 2013) e delle non conformità riscontrate durante il sopralluogo.

Per quanto riguarda gli screening, si è registrato un aumento delle adesioni all'invito sia per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, pari al 75,5% (standard $\geq 75\%$), che per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, pari al 61,8% (standard $\geq 60\%$).

E' importante sottolineare come questi importanti risultati sono stati realizzati rispettando il vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale.