

Azienda  
Sanitaria  
Locale n.2  
dell'Umbria



# la 2 in rete

Periodico a cura dell'Azienda Sanitaria Locale n.2 dell'Umbria



---

---

---

---

---

---

---

---

**LA 2 IN RETE ANNO V - N.1-2 2005**

Direttore Responsabile: Guido Maraspin  
Aut. Trib. Perugia Reg. Periodici n.9 del 03/04/2004

# indice la 2 in rete



Azienda  
Sanitaria  
Locale n.2  
dell'Umbria

editoriale

Un'azienda in salute

pagina 1

focus

Educazione sessuale

pagina 4

La rete della riabilitazione

pagina 6

Sicurezza aziendale

pagina 8

Fumo e ospedali

pagina 12

progress

Il Piano Qualità

pagina 15

Personalizzare l'assistenza

pagina 17

Il Sistema di Budget

pagina 19

temi

Un progetto sul bilancio sociale

pagina 22

Formazione di Qualità

pagina 23

Badanti competenti

pagina 23

Audit clinico

pagina 24

La Teleradiologia

pagina 25

novità

Novità dall'Azienda

pagina 26

## I Distretti della Azienda USL 2 dell'Umbria

- Distretto del Trasimeno
- Distretto del Perugino
- Distretto dell'Assisano
- Distretto della Media Valle del Tevere



## la 2 in rete

Periodico dell'Azienda Sanitaria Locale n.2 dell'Umbria

### Coordinamento editoriale:

Daniela Barzanti  
Guido Maraspin

### A cura di:

Staff Qualità e Promozione della Salute  
dell'Azienda Sanitaria Locale n°2 dell'Umbria  
Daniela Barzanti  
Daniela Ranocchia

### Segreteria di redazione:

Daniela Bovo

### Comitato scientifico:

Alessandro Truffarelli  
Mauro Goletti  
Responsabili di Dipartimento  
Responsabili di Distretto  
Responsabili Servizi di Staff

### Impaginazione grafica:

Promovideo ADV - Perugia

### Stampa:

Graphic Masters - Perugia

### Hanno collaborato a questo numero:

Antonio Artegiani  
Gabriella Carnio  
Massimo Gigli  
Maria Marri  
Maurizio Massucci  
Emanuela Mollicchella  
Alfiero Ortali  
Anna Paola Peirone  
Marco Petrella  
Daniela Ranocchia  
Aviano Rossi

## Un'azienda in "salute"

A metà 2005 l'Azienda sanitaria perugina si dimostra in grado di sostenere qualità e livelli di servizio, nonostante l'inasprimento dei vincoli economici e di bilancio disposto dalla legge finanziaria.

Ne fanno fede le molteplici azioni programmate e in atto a difesa dei livelli assistenziali, nonché i risultati di attività raggiunti nell'anno 2004, di valore superiore a quelli, pur lusinghieri, conseguiti nel 2003 e il consolidato equilibrio economico aziendale.

focalizzazione sulle politiche strategiche aziendali.

Ne è conseguito un più alto profilo delle attività complessive di cui sono prova le evidenze seguenti.

I servizi del Dipartimento di Prevenzione nel corso del 2004 hanno potenziato le attività di "vigilanza" e "controllo", rafforzando l'interdisciplinarietà e l'integrazione tra le diverse strutture operative, consolidato le competenze epidemiologiche.

Nell'area distrettuale, lo sforzo organizzativo

---

### ***l'Azienda sanitaria perugina, un'organizzazione efficiente e più vicina agli utenti***

---

Superiori per una più marcata crescita dei servizi, in gran parte determinata, a parità di risorse, da un migliore allineamento tra nuovi assetti organizzativi, obiettivi e priorità d'azione.

L'adozione dell'Atto Aziendale e dei regolamenti collegati, l'approvazione del Piano Attuativo Locale, l'affinamento dei sistemi informativi hanno generato nell'intera organizzazione una migliore

si è incentrato sul potenziamento delle équipe territoriali e sulla nascita di livelli di integrazione tra professionisti del territorio ed ospedalieri da un lato e tra servizi distrettuali e Comuni dell'Ambito dall'altro.

Nel corso del 2004, a livello aziendale, si è introdotta una iniziativa innovativa di AUDIT Clinico e si sono avviati percorsi orientati ad un crescente livello di appropriatezza delle



prescrizioni diagnostiche – terapeutiche e dei ricoveri ospedalieri, ad una migliore accessibilità degli utenti alle prestazioni ambulatoriali, al miglioramento dei percorsi assistenziali e al consolidamento delle attività di Assistenza Domiciliare, alla crescente partecipazione delle équipe alle attività di Promozione della Salute e di Prevenzione.

È stato contenuto l'incremento di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale: la spesa netta procapite è passata da 182,94 a 190,06 ben al di sotto degli incrementi registrati a livello nazionale.

Si è qualificata la Spesa Specialistica: a fronte del mantenimento del monte ore e del numero di specialisti impegnati, si è registrato nel 2004 un aumento della tipologia dell'offerta specialistica e delle prestazioni erogate (351.854 prestazioni specialistiche pari a 916.320,41 prestazioni equivalenti).

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

Si è consolidato il sistema delle cure domiciliari con l'organizzazione in ogni distretto dell'assistenza infermieristica sulle 12 ore per 7 giorni, la predisposizione e adozione di un Protocollo Aziendale per le Cure Domiciliari che definisce target, modelli di attivazione e presa in carico: gli utenti seguiti a domicilio sono stati 16.119 rispetto agli 11.641 del 2003.

Sono state potenziate e qualificate le attività di riabilitazione, quelle dei consultori materno – infantili, sviluppati gli interventi di profilassi specifica contro le malattie infettive con risultati significativi circa i livelli di copertura vaccinale.

È stato dato nuovo impulso all'integrazione socio-sanitaria con i Comuni degli ambiti territoriali avviando la stesura di alcuni protocolli operativi, in particolare relativamente all'Area Disabilità e al Servizio Accompagnamento al Lavoro (SAL).

Si sono consolidati gli interventi mirati alla promozione e tutela dell'anziano nel proprio contesto di vita e nelle strutture residenziali: è proseguita la sperimentazione dell'assegno di cura.

Per la tutela della salute mentale si è puntato al miglioramento dei percorsi assistenziali strutturando un'attività di confronto tra CSM e SPDC sulle metodologie di intervento ed istituendo

un gruppo di lavoro per la revisione della Rete delle Strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Sono state migliorate le condizioni strutturali di esercizio delle attività con la ristrutturazione del CSM Perugia Centro e l'ubicazione del CSM di Magione presso la nuova sede del centro di salute.

L'attività ospedaliera nell'ambito del SPDC dimostra una costanza nel tempo del numero di ricoveri con un progressivo incremento delle giornate di degenza e del tasso di utilizzo dei posti letto.

Il Presidio Ospedaliero Unificato, seppure costretto ad operare in un quadro di risorse decrescenti rispetto a quelle complessive aziendali, ha registrato una sensibile qualificazione degli standard operativi, come dimostrano alcuni dati. In particolare i ricoveri totali sono stati 19.658 contro i 20.364 del 2003; si è avuta una riduzione dei ricoveri con DRG medico dai 13.321 a 12.737; si è registrato un lieve calo dei DRG chirurgici da 7.043 a 6.921; le giornate di degenza si sono ulteriormente ridotte da 72.450 a 65.461; si conferma il trend di incremento dei parti passati da 1.519 a 1.605.

Altrettanto significativi sono stati gli interventi e le azioni di ammodernamento della rete ospedaliera: si è attivata la riorganizzazione complessiva dell'Ospedale di Assisi; è stato definito lo studio di fattibilità dell'Ospedale Unico del Trasimeno; è in via di definizione il progetto preliminare dell'Ospedale Unico della Media Valle del Tevere; è stato attivato il servizio di dialisi dell'Ospedale di

Castiglione del Lago; sono stati avviati i lavori di ammodernamento del Pronto Soccorso di Città della Pieve, del blocco operatorio di Assisi, del servizio di endoscopia di Todi; sono stati sviluppati modelli assistenziali innovativi, potenziata l'offerta specialistica e tecnologica e riorganizzate le attività mediche: particolarmente rilevanti il servizio di teleconsulto cardiologico e quello radiologico con telerefertazione con l'acquisizione della firma digitale e l'accordo con l'Azienda Ospedaliera di Terni.

Dal punto di vista economico, patrimoniale e finanziario l'Azienda ha proseguito, anche nell'esercizio 2004, il positivo andamento della gestione, realizzando l'equilibrio di bilancio. In particolare il conto economico ha registrato un utile di . 3.449,00, che seppure di importo modesto, assume un significato rilevante se rapportato al diffuso contesto di grave indebitamento delle Aziende del Sistema Sanitario. Tale risultato positivo della gestione economica 2004 è stato raggiunto dopo aver finanziato ed imputato a bilancio tutti i costi di competenza dell'esercizio, riferiti ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Il valore del patrimonio aziendale, inteso come insieme dei beni di uso durevoli impiegati nella produzione dei servizi aziendali e come investimenti immobiliari, nell'esercizio 2004 ha registrato un incremento di circa 5,3 milioni di euro a seguito di specifici investimenti, finanziati senza ricorrere ad indebitamento per mutui, mirati, in particolare, a mantenere



e ristrutturare il patrimonio immobiliare, a rinnovare ed aumentare le attrezzature sanitarie ed informatiche in dotazione ai servizi aziendali.

Nel corso dell'esercizio si è anche provveduto ad alienare beni immobili non destinati ad uso sanitario, non strategici e scarsamente produttivi, per complessivi 1,2 milioni di euro, che verranno comunque reinvestiti negli esercizi successivi per l'acquisto di immobilizzazioni.

La situazione finanziaria dell'Azienda nel corso del 2004 ha subito un peggioramento a causa della mancata riscossione dei crediti vantati nei confronti della Regione Umbria per rilevanti quote di F.S.R. assegnate negli anni 2002, 2003 e 2004, per complessivi 86 milioni di euro;

in ogni caso una attenta pianificazione e gestione del fabbisogno finanziario ha permesso, seppure in presenza di una notevole diminuzione delle disponibilità liquide, di fronteggiare le uscite monetarie sempre in modo tempestivo, ossia alle scadenze normativamente e contrattualmente previste, ed in modo economico, cioè senza dover sopportare oneri aggiuntivi per interessi passivi di Tesoreria.

Si precisa che la situazione finanziaria dell'Azienda è nettamente migliorata nel corso dei primi mesi del 2005 a seguito del pagamento da parte della Regione Umbria di una quota del credito per FSR, pari a circa 32 milioni di euro e al ripiano della perdita "tecnica" dell'esercizio 2003, pari a circa 10 milioni di euro.

editoriale

la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

I risultati raggiunti tanto nella gestione complessiva che nelle attività danno conto di un'Azienda in salute, di un'organizzazione efficiente e più vicina agli utenti, di un modello di governo aziendale fondato sulla valorizzazione del capitale più prezioso: i propri operatori.

## on-line il nuovo portale DELL'AUSL2

Dalla fine del mese di giugno è stato pubblicato il nuovo portale della AUSL2.

Il portale, con grafica e funzionalità completamente rinnovate, contiene al suo interno una parte "riservata" alla quale si accede tramite Username e password e che propone diversi servizi e notizie utili per il personale dell'Azienda. L'indirizzo

Web non è però cambiato:

<http://www.ausl2.umbria.it>

Invitiamo tutti a visitare il nuovo sito e a commentare la nuova veste.



The screenshot displays the official website of AUSL2 (Azienda Sanitaria Locale 2 dell'Umbria). The header features the organization's logo and a search bar. Below the header, there are several main sections:

- Chi Siamo**: A sidebar menu with links to "Presentazione azienda", "Organigramma", and "Documenti aziendali".
- PER I CITTADINI**: A vertical list of links including "Notizie ed Eventi", "Numeri utili", "La nostra salute", "Strutture Sanitarie", "Cerca Servizi", "CUP", "Farmacie", "Medici", "URP", "Spazio Giovani", "Sanità Animale", "Bandi di Concorso", and "Guide".
- PER GLI OPERATORI**: A vertical list of links including "Linee Guida" and "Links utili".
- COSE C'E' DI NUOVO**: A section highlighting recent updates:
  - Casi di Meningite**: Contagio, casi registrati nel territorio ed interventi effettuati.
  - Presidio Ospedaliero Unificato**: Nuovi numeri telefonici e nuova sede per la direzione del Presidio Ospedaliero Unificato.
  - Nuovo Orario dell'Area Centrale di Perugia**: Schema dei servizi e dei relativi nuovi orari.
  - Assegni di cura a favore di persone anziane**: Per l'Assistenza a domicilio di anziani gravemente non autosufficienti. Requisiti di accesso...
  - Avviso pubblico per la formazione di elenco di professionisti per l'affidamento di incarichi professionali**: ex art. 17, comma 12, l. 109/94 e succ. mod. ed int. e artt. 50, comma 1 e 62, comma 1 d.p.r. 554/1999.
- RICERCA PRESTAZIONI**: A section for finding services, including an "AUDIT" project for revising clinical practice and a "118" section for road accidents.
- IN PRIMO PIANO**: A section for featured news, including "A.R.P.A." (Agenzia Regionale Protezione Ambientale) and "No al colesterolo" (Intervento integrato tra MMG e Centri di Salute su persone con ipercolesterolemia).

At the bottom, there is a footer with contact information: "USL2 dell'Umbria Sede legale in Via Guerra 21 - 06127 Perugia".

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

## Educazione sessuale

### una presenza costante nelle scuole

Qualche anno fa nell'ambulatorio di sessuologia venne un giovane ventottenne per una consulenza. Al termine del primo incontro, prima di congedarsi, mi rivolse queste parole: "Dottore, forse lei non si ricorda ma mi ha fatto lezione di sesso a scuola nel 1987, a Ponte San Giovanni, in terza media in via Nino Bixio. Ne è passato di tempo... allora eravate proprio agli inizi... e dovevate chiedere l'autorizzazione ai nostri genitori... mi ricordo che l'argomento era difficile, ma lei mi è rimasto impresso..." Questo riconoscimento mi fece piacere... Sentii, come di colpo, che quello che avevamo fatto in quegli anni non era stato inutile, anche se, generalmente, poco apprezzato nell'ambito delle attività sanitarie. Quell'intervento, come tanti altri fatti in quegli anni un po' pionieristici per la educazione sessuale, aveva lasciato un ricordo incancellabile anche per una storia così ricca di eventi ed emozioni come quella di un tredicenne che cresce e diventa uomo. Nonostante mi avesse richiamato alla memoria il lento ma inesorabile incedere degli anni, rimasi colpito piacevolmente da questo riconoscimento sul campo.

In Umbria, e soprattutto a Perugia, la sanità di territorio ha sempre mostrato,

attraverso i suoi operatori sanitari e sociali, un certo interesse per l'attività di educazione sanitaria. Una attenzione sostenuta anche dall'impegno culturale e dall'opera scientifica di maestri come il Professore Alessandro Seppilli, la Professoressa Antonia Modolo e tanti altri, che insieme produssero e rappresentarono uno dei livelli più alti della cultura della promozione della salute come risultato di una rinnovata attenzione agli stili di vita.

anche su argomenti così delicati. Dopo tanti anni siamo ancora convinti e attivi sul fronte della educazione sanitaria: allora come distretti sociosanitari, oggi ognuno nello specifico del proprio servizio, ma tutti ugualmente impegnati per far maturare, nella coscienza dei nostri ragazzi quelle convinzioni e quelle sensibilità utili per vivere meglio se stessi, con gli altri, nel rispetto dell'ambiente.

Il servizio consultoriale, di cui faccio parte, è continuamente impegnato sul versante

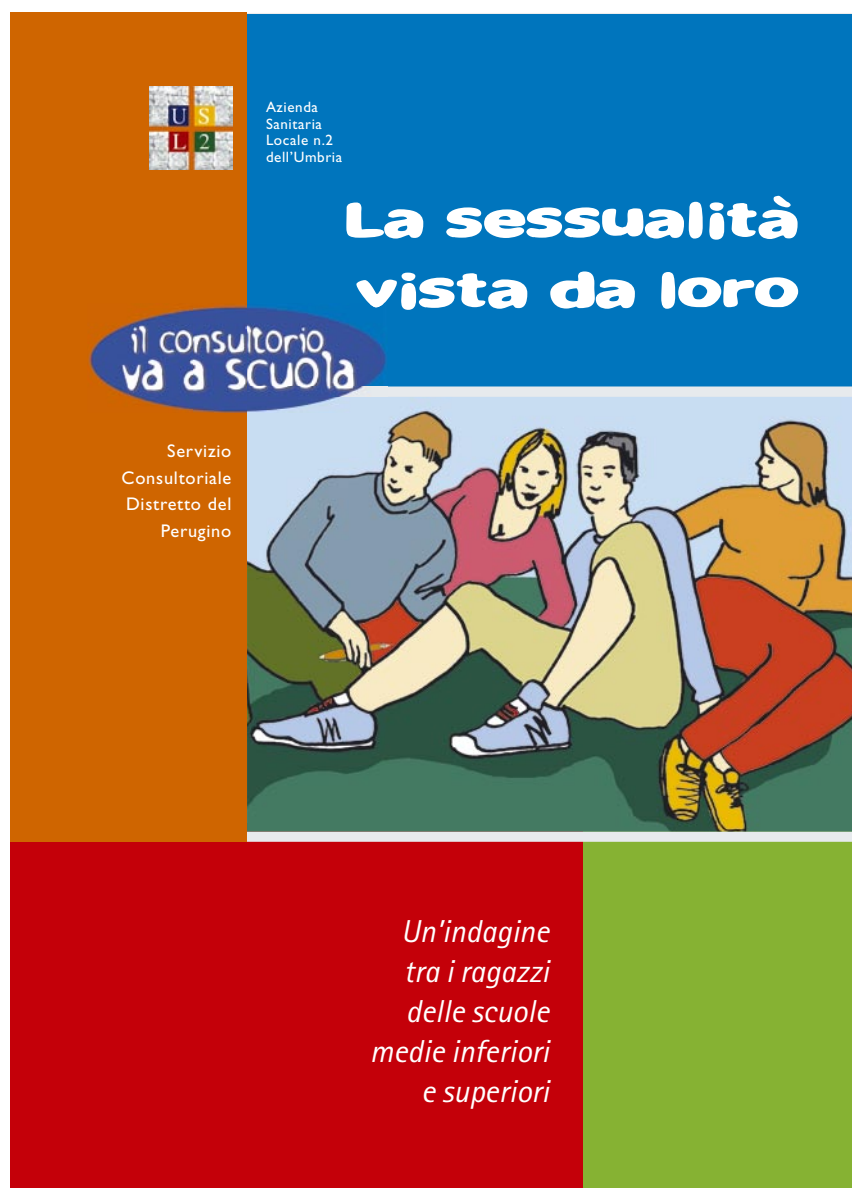
---

*Il servizio consultoriale è continuamente  
impegnato sul versante della **educazione  
affettivo-sessuale** dei ragazzi*

---

Ne è passato di tempo da allora... 15 anni in cui le cose sono cambiate in termini di contenuti e di forma. Tempi difficili quelli, per una educazione su tematiche ritenute scabrose e così avanzate che, per essere realizzate, richiedevano l'autorizzazione scritta dei genitori. Erano tempi, ancora lontani dalle famose circolari ministeriali che aprirono le porte della scuola ad operatori sanitari

della educazione affettivo-sessuale con una decina di suoi operatori, fra medici, ostetriche e assistenti sociali. Le attività sono rivolte a ragazzi di scuola media e superiore di Perugia e comuni limitrofi, ai loro genitori, ai loro insegnanti. Questo dispiegamento di forze ci permette di raggiungere ogni anno una ventina di scuole, fra medie e superiori, con interventi in classe. Nelle scuole superiori,



domande personali possono trovare nella disponibilità di un dialogo aperto ed accogliente la competenza giusta anche per raccontare le proprie esperienze, ansie e timori.

L'attività di educazione affettivo sessuale si compone di 3 incontri per classe in cui si cerca di informare i ragazzi attraverso "attivazioni" che permettano loro di interagire con l'esperto, al fine di intuire e

far propri i significati e i valori del proprio crescere, del proprio io emozionale, affettivo, sessuale. Viene approfondito anche il tema della sicurezza nei rapporti sessuali, tema giustamente sentito dai ragazzi.

Pensiamo che aiutare i ragazzi ad orientarsi nella propria affettività e nel rapporto con l'altro sia un compito impegnativo, che deve coinvolgere tutti

focus



gli adulti significativi che gravitano attorno a loro e non può essere delegato ad un esperto che incontrano poche volte nella loro vita di adolescenti. È per questo che al lavoro svolto con gli studenti associamo degli incontri indirizzati a genitori, e anche ad insegnanti, al fine di aiutarli a decifrare i comportamenti dei ragazzi per poter individuare il modo migliore per interagire con loro, svolgendo al meglio il proprio ruolo di sostegno alla costruzione della loro personalità. Sono tre incontri serali sui temi del cambiamento, della scoperta della sessualità e della comunicazione. La sessuologia oggi è ormai una disciplina medica e psicologica ben definita e con grandi potenzialità terapeutiche capace di offrire, anche in termini brevi di trattamento, soluzioni valide e durature ma nel contempo ci indica l'importanza di tenere aperto con i ragazzi e con i giovani un canale di comunicazione. È attraverso questo che possiamo aiutarli oggi a non star male domani, suggerendo le giuste modalità per vivere una sessualità piacevole, partecipata e distante da ansie e disagi particolarmente in agguato in un'epoca dove, spesso, le relazioni si impostano sull'immagine, sulla efficienza e sulla competizione.

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

# La rete della riabilitazione le sfide della nostra azienda

**P**er garantire uno sviluppo ed un'organizzazione della complessa rete riabilitativa la nostra Azienda ha fatto la scelta di istituire il Dipartimento di Riabilitazione. Scelta necessaria e raccomandata anche dal Piano Sanitario Regionale dell'Umbria 2003-2005. Nella realizzazione del Dipartimento di riabilitazione si è deciso di adottare una metodologia innovativa: un approccio flessibile e progressivo in cui le fasi della progettazione, definizione del modello, attuazione e verifica non si susseguono rigidamente l'una all'altra ma si generano, si intersecano e si modificano reciprocamente, in un modello che si adatta al divenire dell'assistenza riabilitativa. Il Dipartimento di Riabilitazione dell'AUSL2 nasce su tre principi fondamentali sui quali si impianta tutto il programma di sviluppo della riabilitazione: la centralità della persona ed il suo bisogno di essere attiva nella partecipazione alla vita sociale; l'importanza della presa in carico riabilitativa continua in ogni fase evolutiva della malattia; il ruolo dell'équipe nelle attività di riabilitazione.

### CENTRALITÀ DELLA PERSONA

La centralità della persona è un principio fondante della moderna Medicina

Riabilitativa. La riabilitazione infatti è un processo finalizzato alla risoluzione dei problemi della persona nel suo complesso, con l'obiettivo di fondo di ottimizzare le funzionalità del corpo e le attività nella vita quotidiana ad esso correlate, nonché di garantire la migliore partecipazione sociale possibile. Si tratta di una verità fondamentale già introdotta dalle Linee-guida ministeriali delle attività di riabilitazione del 1998 e ripresa anche nel PSR dell'Umbria 2003-2005.

I concetti di persona e funzione sono stato proposti per la prima volta circa 40 anni fa con la creazione del primo modello di salute di Nagi che introduceva le definizioni di limitazione funzionale

e disabilità. Il modello è stato ripreso nel 1980 dall'OMS nell'International Classification of Impairment Disability, and Handicaps (ICIDH) che ha proposto il concetto di handicap come condizione di svantaggio derivante dall'interazione tra circostanze sociali ed ambientali ed individuo con disabilità. Il discorso si è evoluto progressivamente in seno all'OMS giungendo nel 2001 alla International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) dove funzione e disabilità sono viste come un'interazione fra le condizioni di salute e fattori contestuali. La riabilitazione interviene sulla persona in precise fasi del processo che genera la disabilità (come nella figura).

## ICF Components

### Body Functions & Structures



intervento in acuto

Functions  
Structures

### Activities & Participation



Capacity  
Performance

### Environmental Factors



Reinserimento lavorativo  
Riabilitazione estensiva



## I PERCORSI RIABILITATIVI

Il Dipartimento di Riabilitazione è stato concepito come un crocevia di percorsi riabilitativi in cui la persona viene presa in carico dal Servizio Sanitario Nazionale e ricondotta ove possibile al suo ambiente. Prendere in carico significa progettare il recupero di una funzione tenendo presenti tutte le problematiche della persona con disabilità. È l'opposto della riabilitazione "a prestazione" che eroga semplicemente un trattamento specifico (esercizio terapeutico)

---

*obiettivo: **progettare il recupero**  
tenendo presenti tutte le problematiche  
della persona*

---

in seguito ad una menomazione, di solito segmentaria. E la presa in carico parte dalla primissima fase acuta, quando si manifesta la malattia potenzialmente disabilitante, passa per la fase della riabilitazione intensiva post-acuta e giunge a quella della riabilitazione estensiva territoriale. Nella definizione dei percorsi riabilitativi è necessario uscire dall'empirismo ed adottare modalità di lavoro basate su evidenze scientifiche. Con questo spirito la nostra azienda ha concluso insieme alla USL3 di Foligno, la ricerca finalizzata regionale "ottimizzazione del percorso riabilitativo del paziente con ictus" che, attraverso il confronto fra le criticità del percorso effettivo ed il percorso di riferimento, ha cercato di costruire un percorso obiettivo

applicabile nella nostra realtà riabilitativa. Per un'adeguata presa in carico della persona occorrono interventi selezionati per "il paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionista giusto". Come pensa di attrezzarsi il Dipartimento per aderire a questo modello? Cercando di applicare alla Medicina Riabilitativa i criteri di performance del governo clinico: efficacia, appropriatezza, coinvolgimento dei cittadini, equità, efficienza, sicurezza. L'argomento è discusso anche nella

letteratura riabilitativa. La rivista Clinical Rehabilitation, in un intero numero monografico del 2002 su governo clinico e riabilitazione, raccomanda ai riabilitatori britannici di impegnarsi per implementare standard clinici e linee-guida, di monitorare ed eseguire report regolari della qualità dei servizi in riferimento agli standard disponibili e di mantenere un'adeguata performance professionale: ciò che dovrebbe fare una moderna équipe riabilitativa.

## L'ÉQUIPE

L'équipe riabilitativa costituisce probabilmente il valore aggiunto di maggior peso nelle attività di riabilitazione. Che il fare riabilitativo debba essere prodotto da un gruppo multiprofessionale

# la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

e multidisciplinare composto da numerosi operatori coordinati dal medico specialista competente in Medicina Riabilitativa è una necessità per il miglioramento della qualità professionale e di quella organizzativa. L'attenzione alla tutela ed allo sviluppo di questo valore aggiunto è obiettivo della AUSL2. Le cose da fare in merito sono molte. Se dovessimo definire un'agenda per l'appropriatezza del lavoro d'équipe dovremmo considerare parecchi punti: spostare il baricentro dell'intervento riabilitativo dal trattamento delle disabilità minimali o segmentarie a quelle più complesse e di maggior peso per il paziente e la società; sviluppare linee di priorità di trattamento in base all'evidenza scientifica ove disponibile assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio; definire un data set minimo di variabili di esito (outcome) e di processo da inserire nei flussi informativi aziendali definire adeguati strumenti di comunicazione nell'équipe e con il Medico di Medicina Generale. In conclusione lo sviluppo della riabilitazione nella nostra azienda comporta molto lavoro e vincere alcune sfide importanti. Tuttavia la Medicina Riabilitativa è una scienza medica relativamente giovane e perciò è ricca di energia ed entusiasmo per vincere la partita.

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

## Sicurezza aziendale

### Proposte e progetti

Nella recente riorganizzazione del Servizio di "Sicurezza Aziendale" (S.A.), coerentemente con la normativa contenuta nel Decreto Legislativo 626/1994 e con le disposizioni interne, è emersa con chiarezza la centralità di due funzioni prioritarie: da un lato la preparazione e l'organizzazione della riunione periodica prevista dall'art.11 del Decreto sopra citato; dall'altro lato la chiara e ovvia necessità di impostare e programmare il lavoro per i mesi a venire. Si tratta di due passaggi fondamentali, perché la programmazione (e in particolar modo il processo di valutazione del rischio e di programmazione del miglioramento della sicurezza) è un processo circolare, dove la fase di verifica e riesame si lega strettamente all'individuazione di nuove strategie, di priorità operative e di programmi. Negli allegati si possono trovare i dati sull'attività svolta nel 2004, in continuità con quanto effettuato negli anni precedenti.

La riunione periodica si colloca in un momento molto particolare, che non è determinato solo dall'avvicendamento nella responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A.). C'è anche da riflettere in maniera positiva sul nuovo modello di

organizzazione e di regolamentazione aziendale - che chiama in causa direttamente anche il Servizio di Sicurezza Aziendale - mentre, a livello nazionale, è in fase di elaborazione la legge di Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro con aspetti che, già si intuisce, dovranno essere oggetto di attenta riflessione e di successive modifiche se non si vuole correre il rischio di veder stravolta l'intera impalcatura normativa del sistema sicurezza sul lavoro.

Per quanto riguarda il modello

del S.P.P.A. e dalla funzione del Medico Competente) all'interno del Dipartimento di Staff, costituisce un'impostazione strategica innovativa e coerente con le linee ispiratrici del modello organizzativo della sicurezza stabilito dalla "626".

Infatti non è facile trovare, in particolare nella Pubblica Amministrazione, una collocazione del S.P.P.A. così aderente all'impostazione normativa come quella stabilita dalla nostra regolamentazione aziendale. A questo proposito bisogna

---

### *la Sicurezza Aziendale all'interno del Dipartimento di Staff: un'impostazione strategica innovativa*

---

organizzativo, che proviene direttamente con quanto stabilito nel Regolamento Aziendale, dalla figura a fianco si può analizzare un diagramma funzionale, che illustra una proposta di layout del Servizio nelle sue interconnessioni con tutto il sistema organizzativo dell'Azienda USL2. La decisione della Direzione Aziendale di collocare il Servizio di S.A. (con le sue due componenti fondamentali rappresentate dalla funzione

ricordare che alcune proposte di correzione alla bozza di T.U. sulla sicurezza sul lavoro, approvata dal Governo, parlano addirittura di modificare la definizione normativa di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione in quella più attinente di Coordinatore. Quindi funzione di staff del Servizio, come organo tecnico consultivo della D. A. nel raggiungimento di migliori condizioni di sicurezza sul

lavoro, che si relaziona di fatto con tutte le componenti organizzative dell'azienda. Nel modello in figura, pur sintetico e schematico, può essere facilmente focalizzata la trasversalità del processo della sicurezza e la necessità della creazione di un Sistema di Gestione della Sicurezza (S.G.S.) allargato ed integrato. Il processo partecipativo e decisionale passa soprattutto attraverso le interconnessioni fra Strutture di Staff (S.A. ed Esperto Qualificato), D.A., R.L.S., con il naturale coinvolgimento in termini di responsabilità della dirigenza, cioè di quelle figure aziendali che nell'Igiene del lavoro vengono definite "di linea produttiva".

Altro elemento centrale è l'esigenza di una integrazione funzionale su aspetti specifici

fra Servizio S.A. e Servizi amministrativi e tecnico-professionali, che in maniera diversa partecipano al "processo della sicurezza", così come la necessità che vengano acquisiti i necessari pareri tecnici preliminari espressi dal Servizio S.A. in ambiti specifici (ad es. progetti di adeguamento strutturale ed impiantistico, acquisti di alcune attrezzature o apparecchiature, manutenzioni, D.P.I., ricollocazione congrua di lavoratori con problematiche di idoneità lavorativa ecc.).

Un aspetto molto importante è poi il ruolo dei R.L.S., che è la vera novità stabilita dalla "626". I R.L.S. sono inseriti nel S.G.S. con un'ottica partecipativa e relazionale e, sempre nel rispetto dei ruoli a ciascuno assegnati, con un'ottica "collaborativa" alla realizzazione concreta di migliori



condizioni di sicurezza sul lavoro. Sarà fondamentale, in continuità con quanto già realizzato ma in maniera più stabile e condivisa, dare ancora più significato al coinvolgimento dei R.L.S. nelle scelte prevenzionistiche, a partire dalla ripresa del processo programmato di valutazione del rischio. La sicurezza dei lavoratori deve diventare elemento fondamentale di sicurezza integrata e di programmazione e con questo obiettivo è stata adottata il 17 dicembre 2004 la Decisione



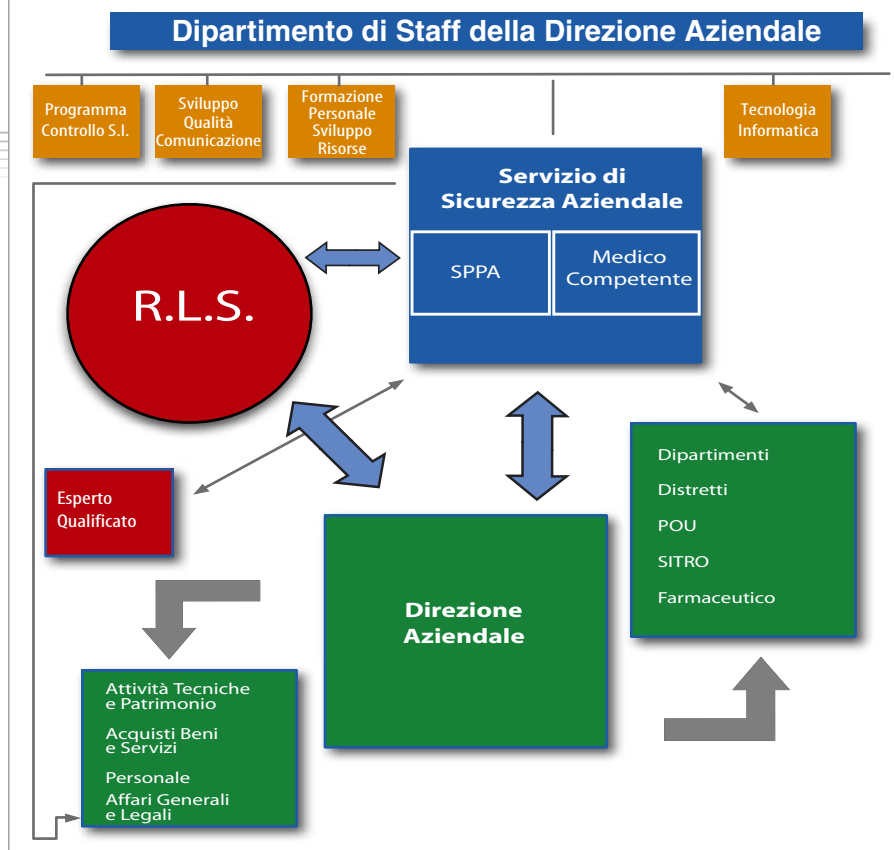
# la 2 in rete

## Sicurezza aziendale proposte e progetti

Amministrativa n. 1346 che istituisce il gruppo di lavoro aziendale sul "Risk Management" e prevede che il responsabile del S.P.P.A. sia uno dei componenti obbligatori del gruppo di lavoro. Appare evidente come un approccio al rischio che integri le valutazioni nei confronti dell'operatore sanitario, del paziente ed anche dello stesso rischio aziendale, determini utili sinergie e la rilevazione di modalità di intervento che vanno nella direzione di un miglioramento globale della sicurezza e della qualità della prestazione, oltre ad una ottimizzazione delle risorse.

Con queste premesse e sulla base di riflessioni condivise, si sono potute individuare le priorità e le proposte operative che Il Servizio di Sicurezza Aziendale individua nei mesi a seguire. Innanzitutto occorre predisporre la verifica organica ed aggiornata del "documento di valutazione del rischio", tramite la riproposizione, a distanza di qualche anno, di sopralluoghi "programmati" all'interno delle strutture e punti di erogazione di cui si compone la nostra azienda.

In particolare per quanto riguarda questo primo punto, che rappresenta una priorità fondamentale anche di tutti gli altri punti



progettuali, è necessario che il Servizio di Sicurezza Aziendale diventi un team adeguato e strutturato per rispondere al suo mandato fondamentale ed obbligatorio (la "valutazione del rischio", appunto) che è processo sistemico, dinamico, continuo e non frutto solo di rilevazioni episodiche o puntuali. Si ritiene fondamentale integrare il Servizio con almeno due unità di Tecnici della Prevenzione, con comprovata esperienza nel settore della sicurezza sul lavoro. Si pone quindi l'esigenza di un allargamento della "copertura" certificativa di prevenzione incendi delle strutture e della presenza di piani di emergenza formalizzati, in stretto collegamento con l'U.O. Gestione Attività Tecniche e Patrimonio, che di questi passaggi detiene la responsabilità operativa. È necessaria anche una puntuale valutazione del rischio specifico da movimentazione manuale dei carichi e sollevamento pazienti nelle

strutture sanitarie, elaborando un progetto applicativo del metodo di valutazione di recente acquisizione (denominato MAPO) sicuramente più specifico di una semplice analisi descrittiva e che si basa su una rilevazione semi-soggettiva, tramite questionario ad hoc, da parte di un rilevatore formato (in genere la caposala). È un'indagine abbastanza semplice, proposta dall'unità E.P.M. presso la Clinica del Lavoro di Milano (che è riferimento nazionale ed internazionale nella materia), validata dalla Società Italiana di Medicina del lavoro (S.I.M.L.I.), sufficientemente standardizzata e utile per avere riscontri più precisi sulle indicazioni di prevenzione del "mal di schiena" e delle patologie da sforzo (attrezzature, formazione degli operatori ecc.). Sarà poi opportuno elaborare un progetto che preveda la effettuazione di "indagini infortuni" da parte del Servizio S.A., in caso di infortuni sul lavoro significativi o

su tipologie infortunistiche particolari o su casi selezionati che possano avere il significato dell'“evento sentinella”. Tutto questo per ricostruire dinamiche e determinanti infortunistiche e attuare su basi più concrete gli eventuali interventi correttivi o migliorativi, anche grazie alla “proceduralizzazione” di alcune attività a rischio per gli operatori, opportunamente individuate insieme alla Direzione Sanitaria e agli R.L.S. È stato anche predisposto il calendario di programmi formativi specifici, a partire dall'organizzazione del primo corso di formazione per operatori esposti al rischio da movimentazione manuale dei carichi e sollevamento pazienti previsto nel corso di quest'anno. Continueranno nel 2005 i corsi di formazione presso il Comando Vigili del Fuoco per gli operatori individuati come addetti all'emergenza antincendio e sarà progettata una seconda edizione per il personale addetto alla preparazione e somministrazione di farmaci antitossici.

In conclusione, tra i progetti in cantiere, non si può non citare una più stringente “regolamentazione” di interconnessioni funzionali, modalità di reporting e procedure operative fra Servizio S.A. e R.L.S., all'interno del S.G.S., disciplinando in maniera più articolata anche l'esercizio delle funzioni degli stessi R.L.S. È prevista la stesura di un protocollo di intesa, che formalizzi e dia maggior significato, sempre nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità, alla “consultazione” e al “modello partecipativo” nelle scelte sulla sicurezza.

## L'ORECCHIO AZIENDALE: PER “SENTIRCI” MEGLIO!

*AUSL2: una ricerca tra gli operatori per capire il grado di soddisfazione e di attaccamento al lavoro*

Il benessere organizzativo è un valore delle aziende di servizi ed è un presupposto dell'efficace erogazione degli stessi.

In una struttura così articolata come quella dell'AUSL2, sia per dispersione territoriale che per la diversità delle specializzazioni, indagare il clima interno è un importante strumento conoscitivo del più importante capitale aziendale: quello umano.

L'AUSL2 intende promuovere un'indagine sul benessere organizzativo per sondare il giudizio del personale sul proprio lavoro, sulle dinamiche dell'organizzazione e soddisfazione per: orari, trattamento economico, qualità dell'informazione interna, condivisione degli obiettivi aziendali...

D'altro canto, l'ascolto (dei bisogni, delle attese, delle percezioni dei cittadini come degli operatori) costituisce un aspetto di importanza strategica per l'azienda, per mantenerla attenta ai bisogni del proprio “pubblico” di riferimento, nell'ottica di quella qualità dei servizi per la quale il coinvolgimento, il consenso e la motivazione del personale sono elementi fondanti.

A breve pertanto gli operatori saranno coinvolti in una indagine realizzata in sinergia tra Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione e Staff Formazione Personale - Sviluppo Risorse - con la collaborazione di un'agenzia di ricerca esterna.

L'indagine sonderà il parere e la percezione degli operatori dell'azienda su: orari, organizzazione, sicurezza sul lavoro; formazione, carriera, trattamento economico; comunicazione interna e fonti informative; i mutamenti del sistema sanitario; il futuro della Usl. Il tema del benessere organizzativo verrà anche sondato in un'ottica di genere rilevando le differenze tra i sessi nell'ambiente di lavoro. Saranno realizzati in una prima fase alcuni colloqui telefonici per individuare gli elementi da misurare nella successiva fase di ricerca quantitativa; quest'ultima sarà condotta attraverso

## IL NUOVO CONSIGLIO DEI SANITARI AUSL2

È stato rinnovato lo scorso 22 marzo il Consiglio dei Sanitari dell'Azienda USL n.2. L'organo è stato eletto a scrutinio segreto con votazioni che hanno interessato tutto il personale del Ruolo Sanitario e Tecnico Sanitario dell'AUSL2. Il Consiglio rimarrà in carica 5 anni. È presieduto a termini di legge dal Direttore Sanitario dell'Azienda Mauro Goletti.

Nella seconda seduta il Consiglio ha provveduto ad eleggere il Vicepresidente Giuseppina Bioli ed il Segretario Marco Bertozzi.



## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

## Fumo e ospedali

### indagare e informare

La recente applicazione, attraverso il DPC del 23 dicembre 2004, dell'art. 51, comma 2, della legge 3 del 6 gennaio 2003, sul divieto di fumare nei locali pubblici ha posto l'Italia e gli italiani all'avanguardia in Europa. L'importanza è duplice:

- per i non fumatori, la cui salute viene protetta da un pericolo reale (ancora alla fine dell'anno scorso la Rivista Epidemiologia e Prevenzione riteneva necessario pubblicare un bell'articolo dal titolo "Fumo attivo e fumo passivo: due facce della stessa medaglia");
- per i fumatori, che hanno compreso lo spirito della legge e ne hanno approfittato per fumare di meno o addirittura per cercare di smettere del tutto

Ma la battaglia non è ancora vinta. Se prima c'era il Monopolio di Stato oggi c'è la British American Tabacco (BAT), che ha investito cifre altissime per subentrare al Monopolio e mettere piede nel mercato italiano. È una multinazionale che in Italia ha scelto un basso profilo (anche se il suo marchio è riconoscibile in alcune manifestazioni pubbliche di prestigio) e che altrove non esita a puntare sui giovani poco informati del terzo mondo. Inoltre, l'entusiasmo delle case farmaceutiche nel propagandare sussidi per smettere di fumare nasconde la difficoltà amantenersi durevolmente

lontani dal fumo, soprattutto se ci si affida solo ai farmaci, che non mancano di effetti collaterali.

#### Perché indagare sugli ospedali?

Nel caso degli operatori sanitari e delle strutture di ricovero l'interesse a mantenere alta la guardia è sostenuto da ulteriori elementi:

- gli operatori sanitari sono un esempio;
- negli ospedali c'è gente che sta male e che ancor meno di altri può essere esposta a fumo passivo o alla tentazione di continuare a fumare;
- negli ospedali, però, operatori, pazienti e familiari vivono spesso quelle situazioni di forte tensione che nei fumatori sono una spinta importante ad accendersi una sigaretta.

Utilizzando strumenti basati sulle definizioni OMS e confrontabili con altre indagini, sono

stati coinvolti oltre 700 operatori e raccolti, registrati ed elaborati 511 questionari, con una adesione quindi del 70% del tutto soddisfacente dati tempi strettissimi. Si è trattato di una stretta collaborazione tra Unità Anti Fumo, Direzioni Sanitarie, Servizio Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione e Staff Qualità, che oggi ci permette di capire, sulla base di dati precisi, quale sia lo stato dell'abitudine al fumo tra gli operatori ospedalieri all'indomani dei nuovi provvedimenti normativi e quali i loro atteggiamenti rispetto a questo tema.

Complessivamente, risulta che l'obiettivo di far diminuire l'abitudine al fumo tra gli operatori ospedalieri resta prioritario, sia per rendere credibile l'obiettivo dell'ospedale senza fumo, sia per disporre di operatori maggiormente in

Tab. 1 Percentuale di adesione alla rilevazione negli stabilimenti ospedalieri della AUSL 2

Ospedale	Questionari		
	Distribuiti	Compilati	Perc. Risposte
Assisi	230	148	64,3
Castiglione del L.	140	86	61,4
Città della Pieve	110	95	86,4
Marsciano	130	83	63,8
Todi	120	99	82,5
Totale	730	511	70,0

Grafico 1 - Campione distribuito per sesso

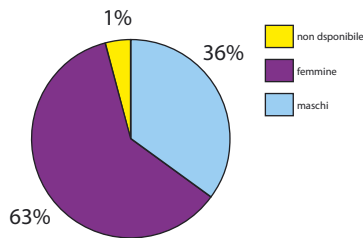


Grafico 2 - Campione MASCHI per età

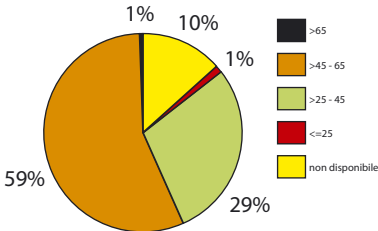


Grafico 3 - Campione FEMMINE per età

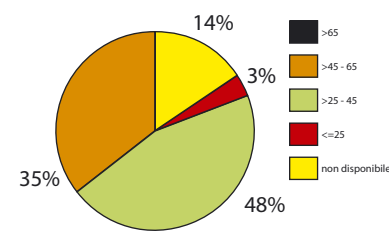


Grafico 4 - Abitudine al fumo MASCHI

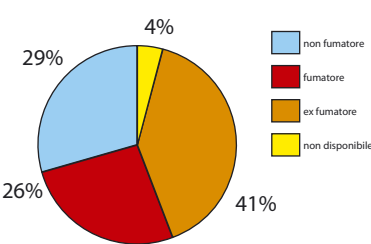
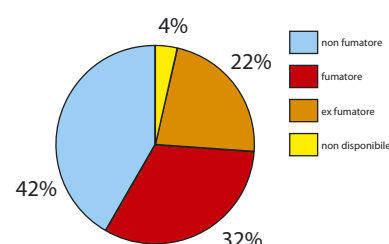


Grafico 5 - Abitudine al fumo FEMMINE



grado di supportare i pazienti fumatori nell'astenersi dal fumo. Ma si evidenzia anche una grande disponibilità degli operatori a mettersi in discussione su un tema così delicato, fornendo, malgrado qualche comprensibile resistenza, dati esaurienti e corretti (**Tab. 1**).

Di questi 511 questionari, a seguiti rifiuti a rispondere (9%) e di altri fattori che ne hanno impedito la compilazione (2%) risultano utilizzabili 459, cioè l'89,9%. Il Campione è composto di operatori in prevalenza di sesso femminile, con una distribuzione per età significativamente diversa nei due sessi: la maggioranza dei maschi sta tra 46 e 65 anni; la maggioranza delle femmine sta tra 26 e 45 anni.

Nei **grafici 4 e 5 si può vedere come si distribuisce l'abitudine al fumo nei due sessi**. Risalta la maggior proporzione

di fumatori tra le femmine rispetto ai maschi (ma la differenza non è statisticamente significativa) e la maggior proporzione di ex-fumatori tra i maschi rispetto alle femmine (differenza significativa).

Tab. 2 - Fumatori per sesso e classe di età in Umbria - anno 2001

sesso	classi di età					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 +
Maschi	30,1	34,7	30,5	35,8	22,2	15,7
Femmine	21,3	24,9	28,7	28,0	11,4	6,3

Tab. 3 - Fumatori per sesso e classe d'età negli Ospedali della AUSL2 - Anno 2005

Sesso		classi di età				
		non disponibile	≤25	>25 - 45	>45 - 65	>65
Maschi	numero	8	2	13	21	0
	%	47,1	100,0	26,5	21,4	0
Femmine	numero	18	1	49	25	0
	%	45,0	10,0	35,5	24,8	0



Importante per poter fare confronti con altre indagini è tener conto anche della distribuzione per classi d'età. Ricordiamo, a questo proposito, quale era nel 2001 la percentuale di fumatori in Umbria secondo l'ISTAT (**Tab. 2**). Nel nostro campione, composto da persone in età lavorativa, abbiamo aggregato diversamente le età, anche per tener conto della bassa numerosità dei soggetti esaminati. Possiamo notare (**Tab. 3**) che tra i soggetti che non hanno indicato la data di nascita (per cui è stato impossibile calcolare l'età) quasi la metà è costituita da

## la 2 in rete

**Fumo e ospedali**  
indagare e informare

fumatori. L'esigenza di tutelare l'anonimato in questo tipo di indagine è ovviamente forte e si è fatta sentire soprattutto tra chi può temere un giudizio negativo. Quindi, lasciando stare i più giovani e i più anziani, troppo scarsamente rappresentati, concentriamoci sulle altre due classi d'età:

- gli operatori ospedalieri maschi tra 26 e 45 anni e tra 46 e 65 anni fumano meno dei maschi umbri interrogati dall'ISTAT nel 2001 appartenenti alle fasce d'età corrispondenti;
- le operatrici ospedaliere tra 26 e 45 anni fumano più delle femmine umbre interrogate dall'ISTAT nel 2001, appartenenti alle fasce d'età corrispondenti;
- le operatrici ospedaliere tra 46 e 65 anni fumano forse quanto le femmine umbre interrogate dall'ISTAT nel 2001, appartenenti alle fasce d'età corrispondenti.

Quindi il fenomeno che si osservava a livello di popolazione generale quattro anni fa, cioè l'avvicinamento tra le proporzioni di fumatori e di fumatrici, tra i giovani adulti, oggi, tra gli operatori ospedalieri, diventa uno scavalco, generato sia da un maggiore abbandono della abitudine al fumo tra i maschi, sia da un aumento della abitudine al fumo tra le donne, soprattutto tra le giovani. Abbiamo, inoltre,

esaminato l'atteggiamento degli operatori rispetto agli spazi senza fumo, per quanto riguarda il luogo di lavoro.

Abbiamo cioè chiesto quale fosse secondo loro il livello di rispetto della normativa

sul lavoro (**Tab. 4**).

La valutazione appare coerente tra i diversi gruppi di abitudine al fumo, con i non fumatori leggermente più critici dei fumatori e degli ex-fumatori.

Tab. 4 - Valutazione del soggetto sui rispetto dei divieti

Rispetto	Non dispon.	Ex fumatore	Fumatore	Non fumatore	Totale
non disponibile	0,00%	0,80%	0,00%	0,00%	
Rispettano sempre	38,90%	46,20%	42,10%	39,10%	
Rispettano a volte	38,90%	40,20%	43,60%	45,00%	
Non li rispettano mai	5,60%	7,60%	4,30%	10,10%	
Luogo di lavoro esente	0,00%	0,00%	0,00%	1,80%	
Non so	0,00%	1,50%	2,10%	0,00%	
9	16,70%	3,80%	7,90%	4,10%	
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	



la **Salute**  
non ha **PREZZO**

**NON FUMARE**  
**SMETTERE È PIÙ FACILE**  
**DI QUANTO SEMBRI**

per informazioni telefona allo **075 5412813** (Unità Antifumo - Perugia)  
oppure il martedì pom. e il giovedì matt. allo **075 8782623** (Unità Antifumo - Marsciano)



consulta il sito [www.ausl2.umbria.it](http://www.ausl2.umbria.it) e calcola quanto guadagni in **SOLDI** e **SALUTE** se smetti di fumare

# Il Piano Qualità nella Azienda USL n.2 dell'Umbria

**N**el 2004, primo anno di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2003-2005, l'Azienda USL 2 dell'Umbria si è data un assetto organizzativo definito e trasparente, grazie all'Atto e al Regolamento aziendale. Ha quindi tradotto gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale, attraverso il Piano Attuativo Locale, in linee strategiche e obiettivi/azioni a valenza triennale. Quindi la definizione del Piano Qualità è divenuta possibile e soprattutto necessaria, oltre che mandatoria, dato che il Regolamento d'organizzazione lo prevede (al comma 10 lettera d dell'art. 16) fra i programmi aziendali adottati dal Direttore Generale, come parte integrante della programmazione aziendale che ciascun dirigente è tenuto a rispettare.\*

## Ma al di là del mandato, a cosa serve fare il Piano Qualità, per la nostra azienda?

Il Piano è in primo luogo l'occasione, non formale ma sostanziale, per ricondurre in un unico quadro tutti 'i pezzi dell'azienda' che si muovono per migliorare la qualità dei servizi forniti. È poi anche un'occasione per rileggere gli strumenti di pianificazione "dal punto di vista della qualità", e cioè per chiederci: "che cosa abbiamo previsto di fare nel PAL, nel budget annuale ecc. ,

per fare qualità? e la stiamo facendo?".

Il Piano infine è anche un'opportunità per ricollocare le iniziative e i progetti in un quadro teorico complessivo condiviso, oltre che per definire alcune regole di interazione fra attori aziendali ed alcune funzioni e modalità di lavoro.

## Come è stato costruito il Piano Qualità?

In primo luogo la necessità di ricollocare obiettivi e azioni per la qualità *in una cornice generale di riferimento* è stata assolta richiamando **le principali fonti ispiratrici del Piano Qualità** (cfr. tabella) e le indicazioni della pianificazione strategica aziendale (Atto aziendale e PAL) e riportando anche, in premessa, principi, metodi e strumenti teorici di riferimento per la qualità in sanità.

Sono state descritte, inoltre, le strutture per la qualità e i principali strumenti organizzativi (i progetti, per l'elaborazione dei quali è stata prevista una apposita scheda) che l'AUSL 2 si dà per realizzare il piano. Successivamente, per formulare il "nucleo centrale" del documento, cioè il *Piano Qualità 2005*, sono stati esaminati il PAL 2003-2005 ed i budget 2004 e 2005, estrapolandone obiettivi ed azioni che 'fanno qualità'.

in progress

la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

La chiave di lettura principale è stata quella delle azioni previste per migliorare:

- la qualità professionale e per promuovere il governo clinico
- la qualità organizzativa e l'appropriatezza
- la qualità percepita dagli utenti

Questa rilettura della pianificazione è:

1. stata l'occasione per far emergere ciò che è stato fatto nel 2004:

- regolamenti o modelli aziendali (cure domiciliari, day surgery...)
- linee guida (su ictus, diabete...)
- protocolli e procedure (dimissione protetta, terapia antalgica postoperatoria)
- percorsi di accreditamento (Dip. Prevenzione, Ospedale Amico dei Bambini OMS-UNICEF...)

un lavoro che nel 2005 deve essere assolutamente capitalizzato e sottoposto a valutazione e costante "manutenzione", perché altrimenti rischia di non produrre cambiamenti reali e duraturi;

2. ed è soprattutto servita per focalizzare ciò che resta da fare nel 2005-06.

Se l'anno 2004 è stato per l'azienda un anno in cui è prevalsa la produzione di regole e dei criteri, tra cui quelle sopra citate sono in special modo orientate a sostenere la qualità professionale e promuovere il governo clinico, il 2005

\* Il Piano Qualità - D.A. 366 del 21.04.2005 è consultabile all'indirizzo [www.ausl2.umbria.it](http://www.ausl2.umbria.it)



# la 2 in rete

## Il Piano Qualità nell'AUSL2 dell'Umbria

sarà l'anno in cui i percorsi di lavoro dovranno essere orientati di secondo questa doppia pista:

- implementazione e/o valutazione delle azioni per la qualità 2004
- sviluppo di azioni per la qualità 2005; a cui sarà affiancata una linea di lavoro innovativa per l'azienda indirizzata verso
- azioni per la valutazione e il miglioramento della qualità percepita, riferite ad aree prioritarie per l'azienda (es: ADI...)

### Quali novità con il Piano Qualità?

Il valore aggiunto principale che il piano porta con sé è la sistematizzazione, in una cornice complessiva, delle azioni per la qualità intraprese dall'Azienda.

Ma lo spirito che impronta il Piano Qualità è innovativo anche, e forse soprattutto, in quanto dal 2005 l'Azienda intende:

- sviluppare una qualità sempre di più pensata per identificare aree di miglioramento, "indossando le scarpe dell'utente", cioè individuando, con l'aiuto dei protagonisti dei percorsi e nei processi di cura e assistenza (operatori ed utenti), le criticità attinenti "l'Arco dei Diritti del Cittadino/Utente"

*il diritto all'accoglienza*

*il diritto all'informazione*

*il diritto all'ascolto*

*il diritto alla comprensione dei*

*processi per la tutela e il recupero della salute*

*il diritto a prestazioni appropriate*

*il diritto alla certezza e continuità del percorso e della presa in carico*

- promuovere una cultura ed una responsabilità diffusa della progettazione, realizzazione, implementazione e valutazione delle azioni per il miglioramento della qualità, attribuendo ruoli e funzioni diffuse, con livelli operativi articolati fra:
  - progetti per la qualità di livello aziendale selezionati in base ad alcune (poche) opzioni strategiche e coordinati direttamente dallo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione (SQC)
  - progetti per la qualità specifici il cui coordinamento è individuato nell'ambito dei Dipartimenti / Distretti o Servizi interessati e/o degli incarichi di programma/progetto pertinenti, che comporrà il primo nucleo della rete aziendale della Qualità e/o dei "gruppi di miglioramento"

### E quindi, cosa cambia ?

È la concezione e la pratica della qualità che dovrebbe cambiare progressivamente:

- integrando in modo sistemico i progetti di qualità nella pianificazione attuativa e nella operatività dei servizi
- consolidando nel tempo la capacità dei servizi di "camminare con le proprie gambe anche in qualità, gestendo sempre di più in modo autonomo progetti specifici
- sviluppando, come parte integrante del miglioramento organizzativo, la capacità di pianificare, verificare/rendicontare, e infine comunicare, lo sviluppo e i risultati delle azioni per la qualità intraprese.

### Progetti per la Qualità 2005

Progetti per la qualità di livello aziendale Anno 2005	Implementazione e/o valutazione di azioni per la qualità 2004	Sviluppo di azioni per la qualità 2005
GOVERNO DELLE EQUIPES	Valutazione di processo e d'impatto progetti audit clinico nelle équipes territoriali	
APPROPRIATEZZA CLINICO/ORGANIZZATIVA	Implementazione e valutazione percorsi di cura e assistenza del paziente diabetico fra MMG e Servizi Diabetologici (anche in base a LG aziendale e Regolamento Day service)	
	Implementazione locale e valutazione dell'adesione al Regolamento della Day surgery / Week surgery	
ACCREDITAMENTO	Prosecuzione dell'implementazione e monitoraggio del progetto Ospedale Amico dei Bambini OMS-UNICEF	DDI (Dipartimento Diagnostica Immagini): avvio del processo di accreditamento
		DPC (Dipartimento Patologia Clinica): miglioramento della qualità dei processi in direzione dell'accREDITAMENTO
VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA	Valutazione della qualità percepita delle cure domiciliari	



# Personalizzare l'assistenza la documentazione infermieristica

**N**el corso dell'anno 2004, il S.I.T.R.O., ha attivato un progetto per l'elaborazione ed adozione della documentazione assistenziale infermieristica in area Medica.

Il progetto si è proposto l'obiettivo di creare ed utilizzare uno strumento informativo infermieristico in tendenza ad un modello di assistenza personalizzata, globale e scientifica al cittadino/utente assistito in tutte le unità di degenza di area medica della nostra Azienda.

L'adozione di una documentazione assistenziale era peraltro obiettivo di budget del Dipartimento di Medicina per lo stesso anno, nonché parte di un progetto più ampio del S.I.T.R.O. per la definizione ed adozione di un "Modello Assistenziale" condiviso da parte di tutte le Professioni Sanitarie. Quest'ultimo progetto, già presentato alla Conferenza dei Servizi di Perugia dello scorso dicembre, andrà a completare il percorso di personalizzazione e di predisposizione all'adozione delle evidenze scientifiche nella pratica quotidiana, con una condivisione di approcci e strumenti a livello multidisciplinare/multiprofessionale e quindi in tendenza allo spirito del "governo clinico".

In relazione alla documentazione

assistenziale di area medica, la Direzione del S.I.T.R.O. ha individuato un gruppo di lavoro formato:

- dal Responsabile Infermieristico del Dipartimento di Medicina;
- dai Coordinatori Infermieristici delle unità di degenza aziendali di Medicina;
- da due Infermiere che lavorano nell'equipe assistenziali delle unità di degenza aziendali di Medicina
- da due posizioni organizzative del S.I.T.R.O. esperte della progettazione della documentazione in quanto già coinvolte nel sottogruppo della "documentazione" nel progetto "Modello Assistenziale".

Il lavoro è partito dall'analisi della documentazione infermieristica già elaborata ed adottata negli anni precedenti ed ha avuto come punto di forza i suggerimenti degli infermieri, emersi in questo periodo di utilizzo. Il risultato più importanti già conseguito in tale esperienza è statop quello dell'introduzione di una scheda raccolta dati e di un diario assistenziale che ha sostituito il libro della consegna, favorendo così l'avvio di una assistenza personalizzata e basata sull'analisi dei bisogni fondamentali, nei cittadini/utenti ricoverati nelle UU.OO. del Dipartimento

stesso. Il progetto attuale è costituito essenzialmente dalle seguenti fasi:

- 1 revisione della documentazione esistente, alla luce di una sperimentazione e di un uso quotidiano dello strumento da parte degli Infermieri e conseguentemente al processo di formazione trasversale sui criteri scientifici nella pianificazione dell'assistenza che ha visto coinvolti tutti gli infermieri dell'Azienda;
- 2 implementazione della documentazione: integrazione della fase della raccolta dati, scheda della diagnosi infermieristica, scheda di dimissione protetta e scheda accessoria di programmazione di esami diagnostico-strumentali;
- 3 previsione di un secondo "step" del progetto che vedrà la realizzazione e la stesura completa della documentazione, con la fase di pianificazione e valutazione, nonché la conseguente applicazione su campo.

Il gruppo di lavoro ha elaborato delle schede tecniche in cui si individuano i dati socio-anagrafici del paziente, i fattori di rischio del paziente e l'analisi dei bisogni fondamentali della persona .

Dall'analisi dei bisogni della persona e dei problemi evidenziati si arriva a formulare a diagnosi infermieristica e i problemi collaborativi




per poi impostare un piano di assistenza personalizzato.

La documentazione elaborata è stata presentata al Responsabile di Dipartimento di Medicina, ai Dirigenti Medici delle U.O. di Medicina, nonché a tutto il personale infermieristico e O.S.S. operante in tale area in un incontro che si è tenuto presso la Formazione del Personale, nel quale si sono sintetizzate le motivazioni tecniche e scientifiche che hanno portato all'elaborazione del documento: dai riferimenti concettuali che sono alla base del processo assistenziale, alla linea guida di utilizzo della documentazione, alle schede tecniche di utilizzo.

La documentazione elaborata dal gruppo è stata adottata da tutto il personale infermieristico operante nelle UU.O.O. di Medicina per un periodo di sperimentazione di sei mesi.

La fase successiva, che si attualmente implementando, è la valutazione sulla qualità dell'utilizzazione della documentazione, prendendo a campione alcune cartelle compilate in ogni Stabilimento Ospedaliero. Gli indicatori di verifica andranno a testare:

- la completezza dei dati raccolti nella scheda raccolta dati;



**Unità Sanitaria Locale N° 2**  
*Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria*  
 via G. Guerra 21 – 06127 PERUGIA

**S.I.T.R.O. – Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo ed Ostetrico**  
**DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA - AREA MEDICA**

**DATI SOCIO-ANAGRAFICI**

Numero cartella \_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Sesso ☐ M ☐ F codice sanitario \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale Dr. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
 Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_  
 Lingua madre \_\_\_\_\_ Religione \_\_\_\_\_  
 Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ vedovo/a  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
 Numero di telefono \_\_\_\_\_

**1° persona di riferimento**  
 grado di parentela (oppure altro) \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
**2° persona di riferimento**  
 grado di parentela (oppure altro) \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
**Problemi di salute pregressi:**  
 allergie \_\_\_\_\_  
 patologie croniche \_\_\_\_\_  
 handicap \_\_\_\_\_  
 familiarità per \_\_\_\_\_

Difficoltà ad addormentarsi ☐ no ☐ sì  
 Fa uso di farmaci ☐ no ☐ sì: (quali) \_\_\_\_\_  
 Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**S.I.T.R.O.**  
**la Cartella Clinica**



- il numero e la congruenza delle diagnosi infermieristiche formulate;
- l'appropriatezza del diario assistenziale, in particolar modo sulla presenza di informazioni inutili, ridondanti e sugli aspetti puramente formali (cancellature, date, firme ecc...).

Con questo progetto è stato avviato un processo complesso che porterà nel tempo alla personalizzazione dell'assistenza infermieristica sui bisogni del cittadino/utente, processo che chiaramente ha bisogno di forti momenti di affiancamento e sostegno del personale che utilizza questo strumento

di lavoro, anche attraverso momenti di formazione specifica che il nostro Servizio sta predisponendo al fine di omogeneizzare i livelli di competenza del personale di assistenza.

Coordinamento del progetto a cura di Aviano Rossi e Gabriella Carnio per l'ufficio di direzione del servizio.

Gruppo di Lavoro: Marcella Alessandrelli, Manuela Anastasi, Donatella Baglioni, Ina Bocciarelli, Nadia Deboli, Graziella Dominici, Lorena Trabalza, Anna Socciarelo, Anna Venza.

# Il Sistema di Budget

## Programmazione e controllo di gestione per obiettivi di medio-lungo periodo

L'introduzione nelle Aziende Sanitarie della contabilità generale ha messo l'accento sulle dinamiche economiche reali, ponendo in secondo piano quelle di tipo finanziario e ha portato, dal punto di vista organizzativo, a sostituire gli attuali controlli formali sui flussi finanziari con forme di controllo di tipo gestionale che vedono come protagonisti i responsabili delle macrostrutture operative.

Il controllo di tipo gestionale si sostanzia con la "costruzione" di budget attraverso i quali i responsabili assumono impegni nei confronti dell'Azienda per garantire determinati risultati gestionali qualitativi e quantitativi previo utilizzo di definiti livelli di risorse.

Il **"Sistema di Budget"**, pertanto, costituisce il sistema operativo dominante della programmazione e del controllo di gestione. Il budget, infatti, permette la traduzione dei programmi di medio lungo periodo determinati dal Piano Attuativo Locale (PAL) in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative e la conseguente trasformazione degli indirizzi di carattere generale in obiettivi puntuali, negoziati con i titolari degli stessi.

Il processo di budget è diretto dunque

ad ottenere:

- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- la produzione, per le Macrostrutture aziendali (Dipartimenti Ospedalieri, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Area interdistrettuale della Salute Mentale, Area Centrale dei Servizi), di un programma preventivo di attività e risorse necessarie;
- la produzione, a livello aziendale, di un Bilancio Preventivo di tipo economico-finanziario e del Piano degli Investimenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Nella Azienda USL n.2 il processo di Budget è iniziato nell'anno 2000 ed è stato implementato negli anni successivi. Nel 2004 è stato elaborato il nuovo "Regolamento Aziendale per il Sistema di Budget" che definisce:

- l'articolazione in centri di responsabilità della struttura organizzativa aziendale prevista dal Regolamento di Organizzazione Aziendale;
- le modalità e il percorso per l'elaborazione del budget con

riferimento ai livelli del budget, al coordinamento e validazione del percorso, agli strumenti da utilizzare ed alle fasi da seguire,

- le procedure per la verifica dell'andamento del budget e per le eventuali variazioni dello stesso;
- le modalità per la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

### L'articolazione aziendale in Centri di Responsabilità (CdR)

Il Centro di Responsabilità è l'insieme di una o più unità organizzative aziendali omogenee che opera per il raggiungimento di determinati obiettivi e fa capo ad un dirigente specificamente individuato che assume la responsabilità della gestione. I centri di responsabilità vengono distinti in:

- Centri di attività
- Centri di risorsa

Il **Centro di Attività (C.A.)** è quello naturalmente preposto all'erogazione di servizi sanitari e non sanitari alle collettività che compongono il bacino d'utenza dell'Azienda (popolazione, Enti, altre Aziende, etc.). Il tipo di controllo sul C.A. è centrato sulle modalità di utilizzo delle risorse e sulla correlazione fra output/outcome (inteso come volumi e mix di prestazioni, risultato sanitario ed epidemiologico) e risorse

## la 2 in rete

### Il Sistema di Budget Programmazione e controllo

impegnate per la sua erogazione.

I Centri di attività si distinguono in C.A. di 2° livello e C.A. di 1° livello. I primi sono rappresentati dalle macrostrutture aziendali dotate di autonomia gestionale (Dipartimenti Ospedalieri, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Area interdistrettuale della Salute Mentale, Area Centrale dei Servizi) e costituite da aggregazioni di unità organizzative aziendali omogenee (Centri di attività di I livello). I secondi sono le strutture complesse e semplici dipartimentali e distrettuali.

Il Centro di Risorsa (C.R.) è invece quello naturalmente preposto all'acquisizione, gestione e dismissione dei fattori produttivi di cui l'Azienda necessita per l'erogazione di servizi sanitari. Il tipo di controllo che occorre esercitare sui C.R. è centrato sulla corretta selezione delle risorse e dei loro eventuali fornitori, e sull'effettuazione delle scelte nell'interesse dell'Azienda, puntando al miglior rapporto costo/qualità.

#### I livelli di negoziazione budgetaria

La metodologia budgetaria aziendale si articola su tre livelli: **Budget d'Azienda**; **Budget di Macrostruttura** (Dipartimenti Ospedalieri, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Area interdistrettuale della Salute Mentale, Area Centrale dei Servizi); **Budget di**

**Struttura** (Strutture Complesse, Strutture Semplici dipartimentali e distrettuali).

Il Budget d'Azienda origina dal consolidamento, a livello economico e di attività, dei Budget di Macrostruttura che a loro volta originano dal consolidamento, a livello economico e di attività, dei Budget di Struttura.

La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

#### Il Comitato di Budget

Il Comitato di Budget (C.B.) è composto da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabili del D.A.R., del Servizio di Staff "Programmazione, controllo e sistema informativo", dell'Ufficio "Controllo di gestione e sistema informativo", del Servizio di Staff "Sviluppo Qualità e Comunicazione", dell'Ufficio "Bilancio e Contabilità analitica", del S.I.T.R.O. e da un funzionario amministrativo per la cura degli aspetti organizzativi. I compiti del C.B. sono di definire, attraverso la redazione delle "Linee Guida al Budget", i criteri per la predisposizione delle schede di budget; proporre gli obiettivi di attività e gli indicatori con cui valutarne il risultato ai Responsabili dei Centri di Attività di II livello; valutare ed approvare le proposte di budget (attività e risorse) elaborate dai Responsabili dei Centri di Attività di II livello; proporre le modalità di

utilizzo di sistemi premianti a favore del personale; valutare ed approvare i risultati della negoziazione per ciascun Centro di Attività di II livello; consolidare a livello aziendale i risultati definitivi della scheda di budget per ogni Centro di Attività di II livello; validare il budget per i Centri di Risorsa predisposto sulla base del budget economico aziendale definitivo; valutare ed autorizzare eventuali variazioni dei budget assegnati ai Centri di Attività di II livello ed ai Centri di Risorsa. Il Comitato di Budget è stato istituito con Decisione Amministrativa del Direttore Generale n. 1422 del 29 dicembre 2004, atto con il quale è stato adottato il "Regolamento Aziendale per il Sistema di Budget".

#### Il documento di Budget

Si compone di 3 parti:

Scheda A - Programma di attività  
Scheda B - Piano delle risorse  
Scheda C - Sintesi delle risorse negoziate

#### Scheda A - Programma di attività

La scheda mette in evidenza, sulla base di quanto previsto dalla programmazione aziendale:

- gli obiettivi di attività;
- gli indicatori di risultato;
- il valore dell'indicatore da raggiungere nell'anno di budget;
- i valori di range che permettono la valutazione del raggiungimento del risultato espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100%;
- il peso che l'Azienda attribuisce ad ogni obiettivo.

# Il percorso operativo del Budget

Il percorso operativo è articolato nelle seguenti fasi:

## Fase 1

### *Predisposizione della documentazione per la definizione del Budget*

Il Comitato di Budget, sulla base di quanto previsto dal Piano Attuativo Locale (PAL), predispone le Linee Guida al Budget e "la parte A della scheda di budget" riferita ad ogni Macrostruttura.

Le U.O. e i Servizi di Staff dell'Area Centrale, ognuno per le materie di propria competenza, predispongono il materiale informativo necessario alle Macrostrutture per una corretta previsione delle risorse necessarie (unità di personale in dotazione e in corso di acquisizione, attrezzature tecnico-sanitarie acquisite ed in corso di acquisizione, ecc.)

### *Fase 2 - Predisposizione proposta di Budget delle Macrostrutture e previsione di bilancio*

I Responsabili di Macrostruttura garantiscono la definizione, da parte delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali e distrettuali di propria afferenza, delle schede A e B dei Budget di Struttura, assicurando la più ampia partecipazione e condivisione del percorso. Successivamente curano la definizione della scheda A e della scheda B del Budget della Macrostruttura congruenti con quelle sopracitate, inviandole al Comitato di Budget.

I Responsabili dei Centri di Risorsa garantiscono la produzione delle previsioni di costo per l'anno di budget per i fattori produttivi assegnati raccordandosi con i Centri di Attività di II livello e tenendo conto delle evoluzioni normative in materia di acquisizione di risorse.

### *Fase 3 - Verifica congruità proposte di Budget delle Macrostrutture e di Bilancio preventivo*

Il Comitato di Budget esamina le proposte di bilancio preventivo e di Budget delle Macrostrutture per verificarne la compatibilità con gli obiettivi aziendali e con le disponibilità finanziarie.

### *Fase 4 - Negoziazione dei Budget delle Macrostrutture*

Sulla base delle valutazioni che scaturiscono dalla fase precedente, il Direttore Generale

procede alla negoziazione con i Responsabili di Macrostruttura degli obiettivi di budget (compresi quelli collegati alla retribuzione di risultato) e delle risorse necessarie.

Al termine della contrattazione, si giunge alla versione definitiva dei Budget di Macrostruttura, ufficialmente assegnati ai Responsabili. Questi ultimi provvederanno, quindi, all'assegnazione dei Budget di Struttura definitivi alle Strutture di propria afferenza inviandone anche copia al Comitato di Budget.

### *Fase 5 - Negoziazione dei Budget dei Servizi dell'Area Centrale*

Definita la negoziazione con le Macrostrutture, la Direzione Aziendale procede alla negoziazione degli obiettivi di attività e delle relative risorse proposte dalle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali afferenti all'Area Centrale dei Servizi. Nel corso di tale negoziazione viene definito, altresì, il cronogramma di acquisizione delle risorse negoziate.

### *La verifica dell'andamento del budget*

L'andamento del budget viene verificato, attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma trimestrale. Per qualunque variazione del budget il responsabile del Centro di Attività di II livello formula la richiesta al Comitato di Budget indicandone le motivazioni.

### *La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget*

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nel budget viene effettuata entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello di budget, con la seguente metodologia:

- il responsabile di Macrostruttura effettua la valutazione finale dei Budget delle strutture di propria afferenza e provvede all'invio dei risultati della valutazione al Comitato di Budget ed alla Struttura Aziendale di Verifica e Valutazione (SAVV);

- il Comitato di Budget effettua la valutazione finale dei Budget di Macrostruttura e provvede all'invio dei risultati della valutazione alla SAVV.

Gli obiettivi evidenziati dalla programmazione aziendale sono, di regola, proposti dal Comitato di Budget, mentre al Centro di Attività compete la valorizzazione degli indicatori e del relativo range, nonché l'eventuale individuazione di ulteriori obiettivi. Attraverso la scheda A il Comitato di Budget provvede ad evidenziare tra gli obiettivi di budget quelli collegati alla retribuzione di risultato ed il relativo peso.

## *Scheda B - Piano delle risorse*

La scheda mette in evidenza il livello di risorse che l'Azienda destina alla macrostruttura nell'anno di budget con particolare riferimento a:

- personale dipendente;
- consulenze esterne e/o contratti libero-professionali;
- apparecchiature tecnico sanitarie e arredi;
- attrezzature informatiche;
- manutenzione ordinaria immobili ed impianti;
- formazione.

## *Scheda C - Sintesi delle risorse*

### *negoziato*

La scheda riporta, per le principali voci del conto economico, il valore dei fattori produttivi assegnati alla macrostruttura sui quali la stessa può incidere attraverso la sua azione. La sommatoria del valore dei fattori produttivi per macrostruttura, deve essere uguale al costo dei fattori produttivi previsto nel conto economico previsionale aziendale.

### *Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2005*

Dipartimento di XXXXXXXXXXXX Responsabile: Dr. XXXXXX XXXXXXXX

OBIETTIVI DI ATTIVITÀ					
Obiettivo	Indicatore	Valore negoziato	Range		Peso obiettivo
			0%	100%	
Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, con particolare riferimento al morbillo, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale	1) Tasso di copertura vaccinale per vaccinazioni obbligatorie	95,0	90,0	95,0	3
	2) Tasso di copertura vaccinale per MPR (entro i 2 anni di età)	90,0	85,0	90,0	3
	3) Tasso di copertura vaccinale per influenza in soggetti ultrasessantacinquenni	70,0	63,0	70,0	3
					<b>Peso obiettivo: 9</b>
Governare, in stretta collaborazione tra Centri di Salute, Equipe Territoriali e Servizio Farmaceutico, l'assistenza farmacia ed integrativa per renderla sicura, efficace ed appropriata	1) % Farmaci nota CUF 37 distribuiti direttamente	90,0	85,0	90,0	3
	2) Spesa farmaceutica distrettuale	10.396.911,0	10.600.772,0	10.396.911,0	5
					<b>Peso obiettivo: 8</b>



## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

# Un progetto sul bilancio sociale

## l'Azienda USL capofila nella ricerca di un nuovo modo di rendere conto ai cittadini

**A**dieci anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario emergono oggi stimoli ad un ripensamento dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance delle Aziende Sanitarie. Un fenomeno recente è l'ingresso nel contesto sanitario pubblico delle logiche e degli strumenti della rendicontazione sociale.

Si tratta di un tentativo di superare la centralità del bilancio economico-finanziario per leggere e valutare l'operato delle Aziende Sanitarie.

Se infatti il bilancio di esercizio è in grado di chiarire (pur con scarsa accessibilità da parte dei non addetti ai lavori) come sono state utilizzate le risorse economiche e finanziarie dell'Azienda a preventivo e consuntivo, non appare però in grado di comunicare quale è "il valore" prodotto dall'azienda stessa in termini di benefici per la collettività e per i diversi portatori di interesse.

In attuazione delle indicazioni di Piano Sanitario Regionale - che assume la necessità, al fine di produrre salute, sia di rafforzare le interazioni tra le diverse parti del sistema regionale che di mantenere e sviluppare il capitale sociale - la Giunta Regionale ha attivato, con apposita DGR, nell'ambito delle prime misure a sostegno del governo clinico, il "Centro interaziendale per la realizzazione del Bilancio Sociale nelle Aziende Sanitarie" affidandone

il coordinamento alla Azienda USL 2.

Il progetto presentato dalla USL 2 prevede pertanto la realizzazione di Linee Guida valide a realizzare in tutte le Aziende sanitarie della regione, territoriali e ospedaliere, il Bilancio Sociale e, per alcune di queste, la sperimentazione della rendicontazione sociale già nel 2005. La sperimentazione a carattere regionale, unica di questo genere nel panorama italiano, rende l'esperienza umbra di straordinario interesse. L'obiettivo finale è infatti quello di pervenire ad una rendicontazione di "sistema" sanitario regionale, che possa quindi costituire anche uno strumento di supporto al ruolo di indirizzo dello stesso Assessorato Regionale.

Anche per la nostra azienda la redazione di un primo bilancio sociale riveste particolare interesse. Innanzitutto perché il progetto prevede la realizzazione del Bilancio Sociale riferito ai risultati conseguiti nel 2004, dunque al primo anno di attuazione del PAL 2004-2006, che vuole porsi non solo come strumento di programmazione interno all'Azienda, ma anche come "patto" tra l'azienda e la comunità locale nella definizione e nella valutazione del raggiungimento di determinati obiettivi.

Un secondo motivo di interesse è l'importanza che il processo di rendicontazione sociale può assumere all'interno della Azienda stessa (coinvolgendo tutte le strutture nella valutazione e nella comunicazione all'esterno sui risultati raggiunti dal punto di vista del destinatario finale), aumentando in parallelo il grado di consapevolezza e di coinvolgimento degli operatori nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il progetto è stato avviato e si fonda sul coinvolgimento di diversi attori.

### La struttura del centro

**Coordinamento operativo**  
Direttori Sanitari e Dirigenti regionali

**Coordinamento Scientifico**  
Direttore Sanitario USL2 Mauro Goletti

**Coordinamento Organizzativo**  
Staff Qualità Comunicazione USL2  
Daniela Barzanti

### Tavolo Tecnico Interistituzionale

ASL1 ASL2 ASL3 ASL4 AOPG AOTR REGIONE

Coppi  
Lalleroni

Peirone  
Menicucci  
Greco  
Giaino

Martelli  
Parroni

Valecchi

Lorusso

Brugnetta

Proietti  
Tomassini  
Riccardini

Gruppo  
tecnico  
operativo

Giorgi, Seppoloni, Bauleo Lipparoni,  
Bresci, Bottaccioli A.Rossi, Bietta

## Formazione di Qualità

### Il Centro dell'AUSL2 è certificato

Sono stati 973 gli operatori formati nel 2000 presso il Centro di Formazione dell'Azienda Usl2 di Perugia, saliti già nel 2003 a 5.624. Il Servizio di Formazione dell'Ausl2 è stato istituito nel 1999 con l'obiettivo di promuovere la crescita professionale degli operatori per rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini. Principale campo d'azione l'offerta di interventi formativi adeguati allo sviluppo delle competenze interne all'organizzazione aziendale, in relazione con le più aggiornate tendenze scientifiche, sanitarie e sociali.

L'Azienda, nell'ottica del miglioramento della qualità, ha realizzato all'interno del Parco Santa Margherita il Centro di Formazione ristrutturando un'antica struttura sanitaria, il Padiglione "Neri" dell'ex-Ospedale Psichiatrico di Perugia. Nel corso degli anni sono emerse richieste anche da parte di enti ed istituzioni del territorio per cui la nostra offerta formativa si è rivolta anche agli operatori di associazioni sportive e delle amministrazioni comunali, della protezione civile, di istituti penitenziari, associazioni di volontariato e ordini professionali e così via.

Sempre con l'obiettivo del miglioramento continuo di qualità, il Centro si è quindi impegnato nell'acquisire la certificazione ISO 9001:2000; conseguita in questi giorni da parte dell'Ente Certificatore DNV (Der Norske Veritas), società riconosciuta a livello internazionale. Talericonoscimentoèun

requisito fondamentale per poter accedere alla qualifica di Provider Nazionale presso il Ministero della Sanità ma è ancora più importante per i clienti (interni all'azienda ed esterni) poiché, mediante un adeguato mantenimento del Sistema di Gestione per la Qualità conforme ai requisiti della norma, ci sarà una costante tensione e attenzione degli operatori al miglioramento dei propri processi di lavoro e dei servizi forniti. Il valore aggiunto della certificazione di Qualità consiste non tanto e non solo nella sua acquisizione ma anche e soprattutto nel suo mantenimento periodico e costante che è una delle principali garanzie per il monitoraggio e il raggiungimento degli obiettivi del Centro di Formazione della AUSL 2 dell'Umbria.

### Concluso il 2° corso di formazione

## Badanti competenti

### Una risorsa per gli anziani

Con l'incontro finale tenutosi lo scorso 23 giugno al CVA di Madonna Alta, si è concluso il 2° Corso di formazione all'auto-assistenza per familiari, personale di assistenza e badanti di malati cronici non autosufficienti, anziani e disabili promosso dall'AUSL2. Anche questa edizione ha avuto un largo successo testimoniato dalla presenza numerosa di partecipanti. Quest'ultimo si è articolato in 5 incontri monotematici a cadenza settimanale tenuti da diverse professionalità, sui temi della igiene del malato, la prevenzione delle piaghe da decubito,

temi

# la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

la mobilitazione e posizionamento del paziente allettato, l'alimentazione del malato e/o anziano non autosufficiente con difficoltà alla deglutizione, l'aspetto psicologico nella relazione tra il malato, la famiglia e il personale d'assistenza, più un incontro finale di valutazione dell'esperienza. Alla fine, gli organizzatori possono ben dire di essere soddisfatti, come ha confermato Marcello Teti coordinatore del progetto. Peraltro tale formazione all'auto-assistenza può essere conseguita con semplice una preparazione di base, fornita però da operatori qualificati. Il personale badante ed i familiari, "adeguatamente educati da un punto di vista sanitario", possono egregiamente assolvere i compiti di natura assistenziale e divenire capaci di supportare l'intervento degli infermieri professionali del territorio, in modo tale che la persona malata possa usufruire di una assistenza competente per tutti i bisogni. Nell'incontro conclusivo del corso sono intervenuti inoltre Donatella Seppoloni Responsabile del Distretto n°1 del "Perugino" e il Direttore Generale dell'AUSL2, Alessandro Truffarelli. A conclusione della serata è stato offerto dai partecipanti al corso un simpatico buffet multietnico.

# la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

Meeting sui progetti e lo stato dell'arte

## Audit Clinico

“Dal confronto non si può che migliorare”

Giovedì 23 giugno al Teatro ONAOSI di via Antinori, a Perugia, si è svolto l'incontro “Audit clinico - primo appuntamento: i progetti e lo stato dell'arte”. Il meeting è il primo appuntamento sull'esperienza di audit clinico che si sta realizzando nei Distretti e nei Dipartimenti dell'AUSL2 dell'Umbria. Un secondo momento d'incontro è già previsto a conclusione del percorso, nel marzo 2006.

Questo primo incontro è stata per noi l'occasione di raccontarci e raccontare all'esterno i contenuti e lo stato d'avanzamento dei progetti di audit messi in campo, dopo un intenso percorso formativo, dai professionisti delle 22 équipes territoriali (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici e Infermieri dei Centri di Salute) e dai team del Dipartimento di Medicina dell'Azienda.

L'iniziativa di sperimentare l'Audit clinico nelle équipes territoriali e nei team ospedalieri nasce dall'esigenza, condivisa fra Direzione aziendale e professionisti, di “sostenere il governo clinico”, riportando al centro del Sistema Sanità l'approccio clinico e corresponsabilizzando i professionisti. L'Audit clinico è uno degli strumenti

per aprire la via ad un reale governo clinico delle organizzazioni sanitarie ed è forse quello ‘più congeniale al mondo medico e delle professioni sanitarie. La metodologia li chiama infatti a mettere a disposizione le loro competenze per revisionare e migliorare la loro pratica e le performance dell'organizzazione, in base a criteri di tipo clinico/professionale.

Un ottimo strumento allora, per rendere veramente protagonisti di un'azione condivisa con l'Azienda, i professionisti delle équipes territoriali dei Distretti e dei Dipartimenti ospedalieri, proponendo ai team di usare come chiave di lettura non solo il principio dell'efficienza, ma soprattutto quello dell'appropriatezza e della qualità professionale, nel valutare e migliorare l'operato del singolo, del gruppo e dell'organizzazione nel suo complesso. Il prossimo appuntamento per la conclusione di questo ciclo sperimentale di Audit è fissato per il mese di marzo 2006 con “La valutazione dei progetti e dell'esperienza”.



## Un progetto innovativo **La Teleradiologia**

l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate agli assistiti con particolare attenzione ai casi clinici trattati in urgenza/emergenza.



Si è tenuto ad Assisi il 20 maggio scorso un convegno dal titolo «Un Progetto Innovativo: la teleradiologia nella AUSL n.2 dell'Umbria» che ha visto la presenza di numerosi qualificati operatori del settore, pubblico e privato. La teleradiologia rappresenta un settore della telemedicina che, attraverso l'utilizzo di tecnologie telematiche, permette la trasmissione di immagini radiologiche digitali a fini di interpretazione o consulto fra due o più sedi distanti fra loro. L'Azienda AUSL 2, proprio per la sua notevole estensione territoriale, ha elaborato un progetto applicativo della teleradiologia che a regime collegherà in rete tutte le Unità Operative ed i Servizi del Dipartimento di Diagnostica per Immagini per migliorare

Le principali ricadute applicative sono:

- realizzazione in tempi rapidi di esami e referti radiologici per patologie che richiedono la diagnosi precoce (esame TC del cranio in pazienti colpiti da ictus nelle sedi ove sono presenti apparecchiature TC - Assisi, Città della Pieve e Todi - e possibilità di eseguire esami TC del cranio in pazienti con trauma cranico minore)
- avere la disponibilità di attivare il teleconsulto radiologico in tutte le 12 ore diurne dei giorni feriali per tutte le sedi radiologiche anche se momentaneamente sprovviste di medico radiologo
- attivazione entro la fine del 2005 della guardia attiva radiologica anche nelle 12 ore diurne dei giorni prefestivi e festivi

temi

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

Attraverso la teleradiologia l'AUSL2 cerca di andare sempre più incontro alle aspettative degli assistiti soprattutto in situazione di urgenza/emergenza, conciliando il più possibile il fare presto con il fare bene. Il progetto della AUSL 2 prevede anche l'utilizzo della teleradiologia per il programma dello screening mammografico ed il collegamento con un piccolo gruppo di Medici di Medicina Generale per sperimentare la trasmissione del referto e delle immagini dei pazienti direttamente presso lo studio del proprio medico curante. Nel corso del convegno sono intervenuti Mauro Goletti (Direttore Sanitario AUSL2), Amedeo Antoniella (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini AUSL 2), Fausto Chionne (Responsabile dell'Unità di Staff di Fisica Sanitaria AUSL 2), Giacomo Giustozzi (Responsabile Agfa per il Sistema Informativo Radiologico), Alfiero Ortali (Responsabile dell'Unità di Staff di Informatica e Telematica AUSL 2), Enrico Tezza (Dipartimento di Diagnostica per Immagini Azienda Ospedaliera di Terni), Gaetano Paolino (Responsabile Customer Development per la Sanità della Industry WIRELINE ELS - Enti Locali e Sanità), Stefano Piccardi (Tecnico Sanitario Radiologia Medica dell'Unità Operativa di Radiologia di Assisi), Cinzia Villani (Responsabile della Certification Authority di Telecom Italia).



novità

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

### PSICHIATRIA

dedicato a Carlo Manuali il Centro di Salute Mentale di Perugia Centro

È stata inaugurata sabato 26 febbraio la sede ristrutturata del Centro di Salute Mentale di Perugia in via XIV settembre con l'apposizione di una targa che dedica l'opera allo psichiatra perugino Carlo Manuali. L'occasione ha visto la partecipazione del Direttore generale Alessandro Truffarelli, del Sindaco di Perugia Renato Locchi e della Presidente della Regione Maria Rita Lorenzetti oltre a numerosi operatori e cittadini. L'iniziativa è quindi proseguita presso la Sala del Consiglio Comunale di Perugia con una conferenza pubblica sul tema "Attualità di un servizio: città e salute mentale".



### CASTEL DEL PIANO

nuovi spazi per il Centro di Salute

Preceduta dall'incontro pubblico sul tema "PREVENZIONE E CURA: LAVORARE INSIEME PER LA QUALITÀ DELLA SALUTE DEL CITTADINO", sabato 12 marzo ha avuto luogo l'inaugurazione del nuovo Centro di Salute di Castel del Piano in via Strozziacaponi. Al termine della riunione il classico taglio del nastro ad opera del Sindaco di Perugia Renato Locchi, del Direttore Generale Alessandro Truffarelli e dell'Assessore Regionale Gaia Grossi, accompagnato dalle musiche del gruppo bandistico composto dai musicisti di Castel del Piano, Mugnano, Bagnaia e Pila.

### ELLERA - CORCIANO

inaugurato il nuovo polo riabilitativo territoriale e l'ambulatorio diabetologico

Inaugurata ad Ellera, il 10 giugno scorso, presso il Centro Commerciale la Galleria, la nuova sede del Polo di Riabilitazione Territoriale e dell'Ambulatorio Diabetologico di Corciano. Prima del taglio del nastro, alla presenza Sindaco di Corciano Nadia Ginetti e del Direttore Generale dell'AUSL2 Alessandro Truffarelli, Stefania Piacentini, Responsabile del Centro di Salute di Ellera, ha

coordinato un incontro pubblico sui temi della riabilitazione e della cura del diabete che ha visto la partecipazione di Donatella Seppoloni, Responsabile del Distretto Sanitario del Perugino, di Maurizio Massucci, Medico Fisiatra del Servizio di Riabilitazione, e di Enio Picchio, Endocrinologo - Medico Nutrizionista del Servizio Diabetologico.

**allattiamo**

**baby point**

**MAMMA entra con il tuo bambino:**  
è un servizio **GRATUITO** dell'Azienda **USL2**

• Puoi **allattarlo** • Puoi **cambiarlo**  
• Potete **riposarvi**

e puoi ricevere informazioni e consigli sull'allattamento al seno.

### RIAPRE IL BABY POINT

durante la durata di Umbria Jazz, per le mamme che allattano - un'iniziativa del Servizio Consultoriale AUSL2

In occasione di Umbria Jazz 2005, l'AUSL2 per iniziativa del Comitato Aziendale per le Pari Opportunità e del Servizio Consultoriale, da venerdì 8 a domenica 17 luglio, uno spazio allestito per l'accoglienza della mamma che vuole allattare il suo



# la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

bambino e per informare tutte le donne in merito ai servizi offerti dalla Azienda nell'area materno infantile: i Consultori, i corsi di preparazione al parto, le azioni di sostegno per l'allattamento al seno, i Punti Nascita. Lo spazio si chiama "Baby Point", con sede nel centro storico di Perugia, per gentile concessione della Curia Arcivescovile all'interno della Cappella del Collandone, Corso Vannucci (a fianco del negozio Benetton - ex Standa) e sarà aperto nei week end con orario continuato dalle 10.00 alle 19.30, durante la settimana dalle 14,30 alle 19,30 con la presenza delle ostetriche consultoriali dell'AUSL2.

L'enorme gradimento di mamme e bambini durante le precedenti aperture nell'anno 2004, in occasione della Mostra sul Perugino, della Festa della Mamma, ha sollecitato la ripetizione dell'iniziativa.

## ARTURO LAVORO SICURO

Una decina di pagine a fumetti disegnati da Eleonora Pappini e Daniele Cesaretti che ricostruisce una giornata di lavoro di Arturo, lavoratore poco sicuro alle prese con situazioni rischiose e fuori norma. Grazie all'aiuto del Responsabile del Servizio



di Prevenzione e Protezione Aziendale (RSPP), Arturo ottiene utili informazioni per prevenire i rischi nell'ambiente di lavoro (come usare le protezioni, come maneggiare le sostanze velenose ecc.); consigli pratici per svolgere

l'opera quotidiana in tranquillità e sicurezza. Il coordinamento dell'iniziativa si deve al Responsabile PSAL del Distretto Trasimeno della AUSL2 Luigi Sicilia coadiuvato dalle insegnanti Ivonne Fuschiotto e Emanuela Lucacchioni dell'IPSSCT di Città della Pieve, in collaborazione con Claudio Ferracci dell'Associazione Umbria Fumetto-Biblioteca delle Nuvole di Perugia. Soggetto e sceneggiatura di Daniele Cesaretti, Giacomo Toccaceli, Daniele Billi, Flavio Massoli, Simonetta Elita Battimani, Eleonora Pappini e Luisana Fastelli.

## PATTO PER LA SALUTE DEGLI ANZIANI

successo  
dei corsi di  
formazione



Proseguono con successo e partecipazione gli incontri promossi nell'ambito della realizzazione aziendale del "Patto per la salute degli anziani" sottoscritto dalla Regione Umbria (Direzione sanità e servizi sociali) e dai sindacati dei Pensionati CGIL-CISL-UIL, al fine di tutelare e perseguire il benessere nella vita degli ultrasessantenni e non solo. Dopo l'incontro che si è svolto il 25 giugno

scorso presso il Centro socio-culturale "La Piramide" di Madonna Alta sul tema dei corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, benessere psichico, assunzione di farmaci) con il coordinatore del Nucleo Medici di Medicina Generale del Centro di Salute n.4 di Madonna Alta Francesco Rossi, il Promotore sociale di Perugia e lo staff formatori CGIL-CISL-UIL Pensionati, un analoga iniziativa è prevista per il prossimo 15 luglio a P. S. Giovanni e ancora successivamente a Castel del Piano.

## EMERGENZA CALORE: GLI INTERVENTI PER NON CORRERE RISCHI

L'AUSL 2 del Perugino facendo riferimento alle "Linee di azione e direttive per l'emergenza calore 2005" della Regione Umbria, in accordo con i Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali, i Sindacati Pensionati e le Associazioni di Volontariato presenti nel territorio, ha predisposto l'attivazione di una rete di interventi con l'obiettivo di assicurare alle persone in condizioni di non autosufficienza e senza validi riferimenti familiari (bambini, disabili gravi, anziani ecc.) con particolare attenzione

novità

## la 2 in rete

Periodico a cura della AUSL2 dell'Umbria

agli anziani non autosufficienti e in precarie condizioni socio-economiche, misure di sorveglianza e di risposta ai rischi di salute derivanti dalle condizioni meteorologiche. Ai fini della immediata operatività i quattro Distretti (Perugino, Assisano, Media Valle del Tevere, Lago Trasimeno) hanno attivato:

- i Responsabili dei Centri di Salute territoriali per assicurare, attraverso l'intervento degli operatori sociali e sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali), una corretta informazione ai cittadini e per attivare le risposte socio-sanitarie più opportune;
- i Medici di Medicina Generale, i Coordinatori dei Nuclei di Assistenza Primaria ed i Pediatri di libera scelta che sono stati forniti dell'apposita "scheda di segnalazione di soggetti a rischio per ondata di calore";
- i Sindacati pensionati con i quali sono in atto percorsi collaborativi all'interno del Patto per la salute degli Anziani
- le Associazioni di Volontariato e, per il territorio della Media Valle del Tevere, gli operatori di quartiere

ed hanno predisposto la attuazione delle azioni da intraprendere in sinergia con i Comuni Capofila dell'Ambito territoriale. Da luglio a settembre, per fronteggiare livelli di allarme ed emergenza determinati dal protrarsi per almeno tre giorni consecutivi di temperature elevate, saranno attivi nei diversi territori degli spazi adeguatamente

attrezzati e climatizzati destinati alla accoglienza di persone anziane durante le ore più calde:

- nel Distretto del Perugino è attivo, presso la Residenza per anziani Casa dell'Amicizia, uno spazio di accoglienza presso la Struttura "A" del Seppilli
- nel Distretto dell'Assisano è in allestimento, in collaborazione con il Comune di Bastia, uno spazio attrezzato presso una scuola di Bettona
- nel Distretto della Media Valle del Tevere sono messi a disposizione alcuni posti letto presso l'Ospedale di Distretto di Marsciano
- nel Distretto del Trasimeno è prevista l'accoglienza presso il Centro Diurno di Panicale e alcuni posti letto potranno essere utilizzati presso l'Ospedale di Comunità.



**075075075**

**UN NUMERO UNICO**

*per accedere ai servizi, una nuova generazione di contact-center, per una sempre maggiore efficienza informativa*

Dal 2 maggio scorso l'AUSL2, insieme al Comune di Perugia, alla Sipa parcheggi, all'Apm trasporti, grazie alla collaborazione con Perugia Rete, ha messo a disposizione dei cittadini un numero telefonico unico, lo 075075075 per accedere a tutti i servizi consultabili a distanza, un numero peraltro facile a ricordarsi perché è formato dal prefisso del capoluogo ripetuto tre volte. Si tratta di una innovativa sperimentazione

denominata "Numero Unico Contact Center Integrato" ed ha l'obiettivo di realizzare un sistema di relazione con i cittadini del bacino territoriale del perugino, ma soprattutto di semplificare l'accesso alle informazioni, soprattutto da parte di soggetti come anziani e disabili riducendo ai minimi termini gli spostamenti. La novità - in fase sperimentale fino al 31 dicembre - è stata presentata a fine aprile in un incontro con la stampa dal Direttore generale della AUSL2 Alessandro Truffarelli, dal Sindaco di Perugia Renato Locchi, dal presidente dell'Apm Marcello Panettoni e dal presidente della Sipa Giovanni Tarantini. Non un "call center" tradizionale, ma un luogo fisico dove operatori in carne ed ossa cercano di interpretare le esigenze dei cittadini fornendo risposte immediate o smistando le richieste ai servizi competenti. Il servizio si articola su due livelli:

il primo livello risponde alle domande sul "chi - dove - quando" (orari, sedi, attività, prenotazioni, reclami) orientando l'utente alla corretta fruizione delle amministrazioni coinvolte;

il secondo mette in contatto diretto l'utente con i procedimenti in corso che lo riguardano o con banche dati che garantiscono risposte personalizzate.

Il software utilizzato consente agli operatori (otto per ciascun livello) di monitorare i tempi di attesa in modo tale da assicurare la risposta entro 10/15 secondi. In caso di sovraccarico delle linee è prevista la possibilità di poter essere richiamati entro le successive due ore. Il servizio assistito è in funzione dalle 8,30 alle 18,30 con orario continuato dal lunedì al sabato.

# UTILIZZARE LE STAZIONI ECOLOGICHE... CONVIENE!

## COSA SONO

Sono aree sorvegliate ed attrezzate  
**al servizio esclusivo delle famiglie**  
presso le quali il cittadino può portare  
tutti i tipi di rifiuti



## DOVE SONO E ORARI DI APERTURA

**S. ANDREA DELLE FRATTE**  
Zona Industriale Via Penna

**COLLESTRADA**  
svincolo Centro Commerciale

**SAN MARCO**  
presso Cava Piselli

**PONTE FELCINO**  
Zona Industriale Via del Rame

**Da MARTEDI' a VENERDI'** 15 - 18  
**SABATO** 9 - 12 e 15 - 18  
**DOMENICA** 9 - 12

## COSA PORTARE

- CARTA e CARTONE
- BOTTIGLIE IN VETRO E PLASTICA,  
LATTINE E SCATOLETTE
- POTATURE, SFALCI D'ERBA
- FERRO
- LEGNO
- RIFIUTI INGOMBRANTI
- BATTERIE AUTO E MOTO
- OLI MINERALI E VEGETALI
- FARMACI E PILE

## INCENTIVO ECONOMICO

**I cittadini che nell'arco del 2005  
porteranno alle Stazioni  
Ecologiche una certa quantità  
di rifiuti differenziati otterranno  
un incentivo economico, previo  
rilascio della tessera magnetica  
"Amicard":**

**15 Euro**  
per **300 kg**  
di rifiuti ponderati

**30 Euro**  
per **400 kg**  
di rifiuti ponderati





la2inrete