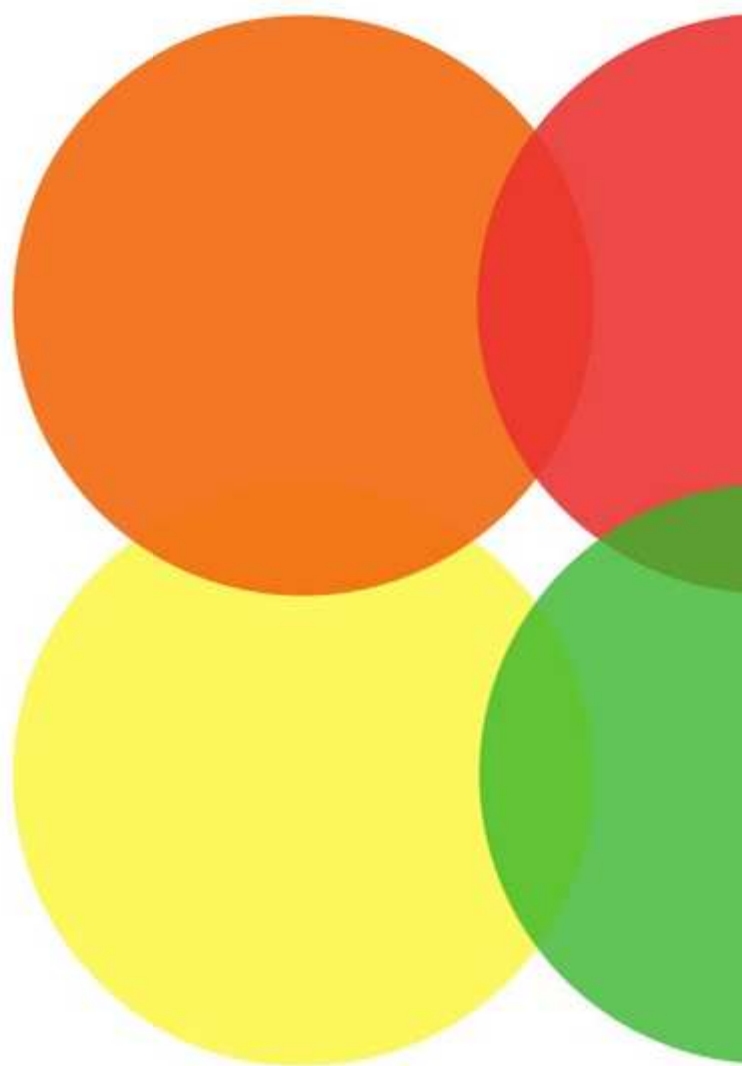


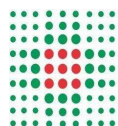


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



Anno 2017



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

# ***RELAZIONE SULLA PERFORMANCE***

***anno 2017***

Delibera n. 240 del 27.06.2018

# Sommario

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>2. EXECUTIVE SUMMARY .....</b>	<b>5</b>
<b>3. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'UTENTE .....</b>	<b>10</b>
3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO.....	10
3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE.....	17
3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI .....	21
<b>4. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....</b>	<b>25</b>
4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE .....	25
4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO .....	34
4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE .....	37
4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA .....	40
<b>5. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO.....</b>	<b>44</b>
5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO .....	44
5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA.....	44
<b>6. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ .....</b>	<b>46</b>
6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA .....	46
6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI .....	48
<b>7. CONCLUSIONI.....</b>	<b>50</b>
<b>8. ALLEGATI.....</b>	<b>52</b>

# 1. Premessa

La relazione sulla performance è il documento annuale di rendicontazione delle attività e dei risultati che l'Azienda ha conseguito nell'alveo del sistema di obiettivi e indicatori definiti nel Piano triennale di programmazione.

È redatta in conformità a quanto previsto dalla Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) *"Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance"* e si colloca all'interno del più complessivo sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende, come sancito dal D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni<sup>1</sup>.

La Regione Emilia Romagna ha avviato il percorso di adeguamento al D.Lgs. 150/2009 con la L.R. n. 26/2013 e con la DGR n. 334/2014 *"Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)"*.

All'interno di tale sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di puntuale controllo della gestione e di accurata rendicontazione verso il sistema degli stakeholders, da attuare secondo modalità innovative e specifiche<sup>2</sup>.

Le azioni e gli obiettivi individuati nel documento di programmazione triennale, tengono necessariamente conto delle esigenze interne e peculiari dell'Azienda della Romagna e, nel contempo, delle indicazioni normative e programmatiche locali e regionali.

Le principali aree prese in esame con il Ciclo delle Performance 2016-2018, proprio nel rispetto ed in coerenza con le indicazioni fornite con gli obiettivi di Mandato del Direttore Generale della Azienda USL della Romagna (DGR n. 167/2015) e le Linee di Programmazione e Finanziamento regionale annualmente deliberate dalla Giunta regionale, hanno riguardato l'attività ospedaliera con particolare attenzione alla definizione ed applicazione del piano di riordino previsto dal DM 70/2015, le politiche di sviluppo sull'area dell'assistenza territoriale, lo stato di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, il governo dei farmaci e dei dispositivi medici, il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, il governo delle risorse umane, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche consolidate, il completamento del percorso regionale sulla certificabilità dei bilanci.

---

<sup>1</sup> Tale decreto stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

<sup>2</sup> I dettagli operativi di gestione del Ciclo delle Performance sono stati specificati da linee di indirizzo dell'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) con le delibere n. 1/2014, n. 2/2015 e n. 3/2016.

In sintesi, è nelle seguenti fasi che si può riassumere il percorso applicativo del ciclo di gestione delle performance:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (Monitoraggio infrannuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

Il collegamento tra gli obiettivi aziendali e quelli delle singole articolazioni avviene attraverso il percorso di budget: attraverso questo processo si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Il presente documento "Relazione sulla Performance 2017" pertanto evidenzia, sulla base delle indicazioni fornite, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse di cui al Piano della Performance per il periodo 2016-2018. Completa la rendicontazione dei risultati di gestione conseguiti nell'anno 2017 la "Relazione sulla gestione del Direttore Generale" (Allegato D alla Deliberazione n. 153 del 27/04/2017) dove trovano esplicitazione, fra gli altri contenuti, le azioni realizzate e i risultati raggiunti con riferimento agli obiettivi assegnati a questa Azienda dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 830/2017) e più in generale con riferimento agli obiettivi di salute in capo a questa Azienda.

## 2. Executive summary

Nel descrivere i risultati più significati e le attività più importanti che hanno caratterizzato l'anno 2017 si può finalmente osservare che si è giunti ad un punto in cui può considerarsi superata la fase della unificazione strutturale e della riorganizzazione delle precedenti aziende sanitarie.

In Romagna opera oggi un'azienda sanitaria con un bacino di utenza di oltre 1 milione e 100 mila persone, caratterizzata da un'elevata specializzazione, con un bilancio - che rappresenta circa il 25% dell'intero finanziamento della Sanità Regionale - che anche nel 2017 si è chiuso senza generare disavanzi. Sono numeri importanti che acquistano ulteriore valore grazie alla fiducia che i cittadini riversano sui servizi e la qualità delle cure erogate, tant'è che ben il 91% dei ricoveri di romagnoli avviene proprio in strutture locali.

In particolare, nel corso del 2017 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 concretizzate con l'approvazione del documento "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera" in data 09.01.2017 da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria poi ratificato con la Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017 che ha sancito il formale avvio dell'importante percorso di riordino. Le azioni intraprese in questo versante hanno permesso di perseguire:

- il consolidamento della dotazione dei posti letto pubblici e privati all'obiettivo indicato dal DM/2015;
- il completamento della definizione dei bacini di utenza e di concentrazione delle unità operative complesse (UOC);
- lo sviluppo di una riorganizzazione in grado di garantire i volumi e gli esiti previsti per le principali patologie.

L'Ausl della Romagna nel corso del 2017 ha inoltre promosso lo sviluppo e la realizzazione di 29 percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) in modo da rispondere ai bisogni della popolazione assistita in maniera più possibile omogenea, coordinata e comprensiva, riducendo la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico.

In campo Oncologico - in stretta collaborazione con l'IRCCS/IRST di Meldola nell'ambito del Programma interaziendale AUSL-IRCCS/IRST - sono stati istituiti 7 Gruppi multidisciplinari di patologia (mammella, gastro-enterico, toracico, epatobiliopancreatico, genito-urinario, tumori rari e sarcomi ed ematologia e trapianti) con la nomina dei rispettivi responsabili e la definizione del mandato.

Per quanto riguarda i Centri di senologia ne sono stati istituiti tre: uno per la provincia di Rimini già certificata EUSOMA dal 2014, uno per la provincia di Ravenna su cui è stata creata l'equipe unica itinerante chirurgica con sede a Ravenna e il meeting per la presa in carico multidisciplinare ed uno per la provincia di Forlì-Cesena.

Le altre direttrici sulle quali l'Azienda ha lavorato nel 2017 sono state:

- sostenibilità economica;
- programmazione socio-sanitaria;
- consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio;
- facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
- consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale;
- politiche del farmaco e uso razionale dei dispositivi medici;
- qualità, sicurezza e gestione del rischio;
- valorizzazione del capitale umano;
- sviluppo attività di ricerca;
- sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Tra i più importanti risultati va ribadito il rispetto dell'obiettivo economico: il bilancio 2017 chiude con un utile di esercizio pari ad € 16.950,00 nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

E' stato, inoltre, predisposto e portato avanti un piano investimenti che vede importanti interventi di ristrutturazione edilizia (nel corso del 2017 è stata avviata la predisposizione dei progetti e dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88) e di rinnovamento della dotazione di tecnologie biomediche (le grandi apparecchiature acquisite o per le quali è stata avviata procedura di acquisizione sono state tutte sottoposte preliminarmente alla valutazione del GRTB per la relativa istruttoria).

Il piano assunzioni 2017, redatto sulla base delle indicazioni regionali di cui alla nota della Regione Emilia Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, prot. n. 0192790 del 22.03.2017, si è sviluppato in continuità con gli indirizzi dell'anno precedente e orientato in particolare a salvaguardare la consistenza degli organici, prevalentemente del personale sanitario e tecnico assistenziale, e a consolidare le postazioni lavorative coperte da personale a tempo determinato, attraverso il graduale passaggio al rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

In particolare:

- per il personale dei ruoli sanitari e dei profili tecnici addetti a funzioni di assistenza si è garantita la completa copertura del turn over 2017 a garanzia dei livelli assistenziali;
- per il personale del ruolo tecnico, non addetto a funzioni assistenziali, e del ruolo professionale e amministrativo, è stata assicurata una parziale copertura del turn over 2017, prevalentemente per sopperire a carenze nell'area della gestione sistemi informativi e in quella delle risorse strutturali e tecnologiche;

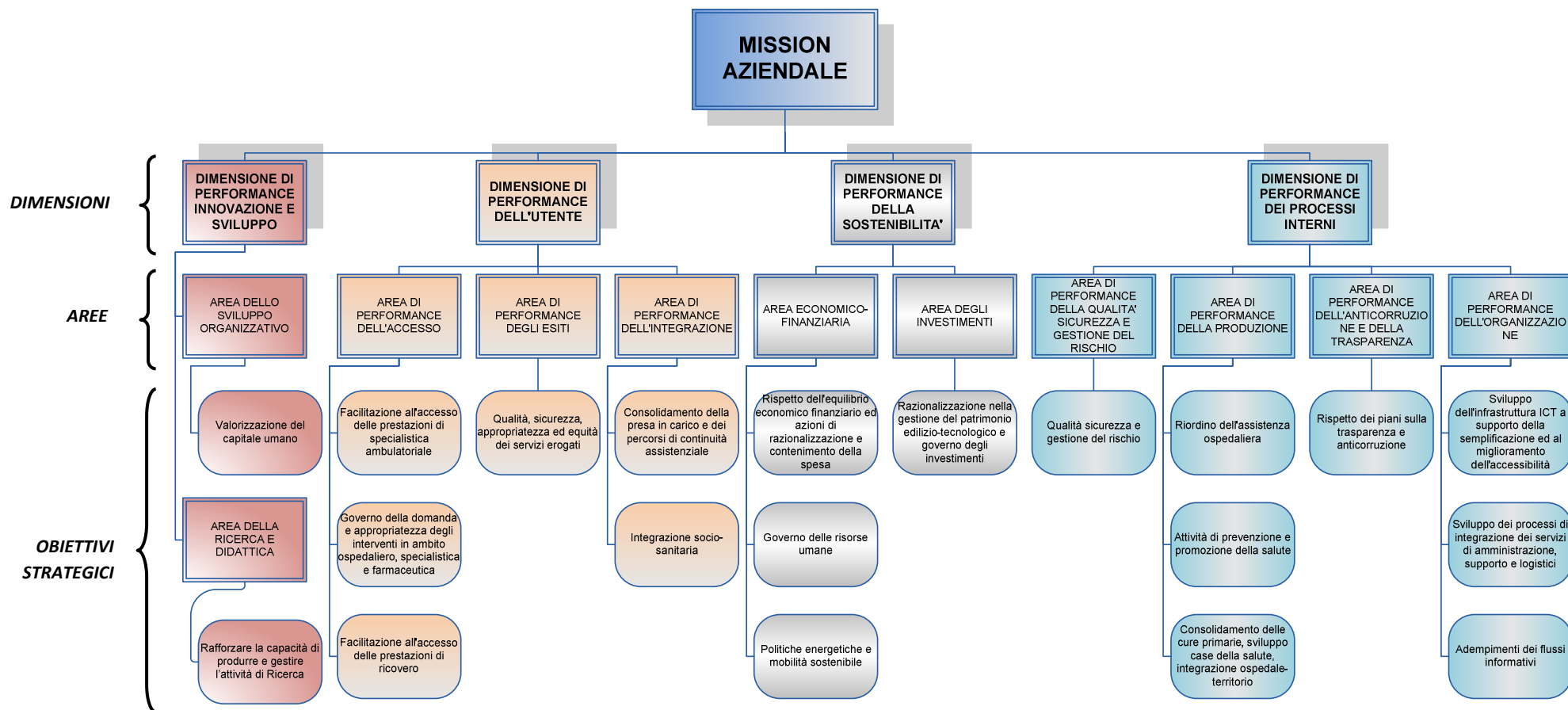
- il processo di stabilizzazione degli organici ha determinato una limitazione del ricorso alle forme contrattuali c.d. atipiche ed una diminuzione della relativa spesa. A consuntivo, infatti, la spesa per il lavoro atipico risulta essere pari ad €. 1.694.872 e con un risparmio rispetto al 2016 di circa il 32,55% pari ad €. 818.011.
- sono stati superati 13 rapporti di lavoro autonomo, a fronte dei quali si è provveduto all'attivazione di rapporti di lavoro dipendente, aggiuntivi ai 56 già superati nel 2016.
- infine, i processi di stabilizzazione e superamento di postazioni già coperte da rapporti di lavoro a tempo determinato hanno consentito di stabilizzare 136 figure nel 2017.

Ma il 2017 ha evidenziato che ci sono anche tante aree su cui occorre intervenire con ancora maggior lena: l'area dell'emergenza e il problema dell'inappropriatezza degli accessi oppure l'area della continuità assistenziale e il problema della presa in carico territoriale ne sono esempi che saranno oggetto di particolare attenzione nella programmazione futura.

I successivi capitoli sono strutturati in modo tale da rendicontare le azioni sviluppate e i risultati conseguiti nel 2017, con riferimento a ciascuna Dimensione e Area della Performance, come da sottostante schema:



## Albero della performance: rappresentazione grafica



Al fine di facilitare la lettura si è scelto di effettuare la rendicontazione per singola Area attraverso una breve descrizione delle azioni messe in atto per ogni obiettivo elaborato nel Piano della Performance e la tabella riassuntiva con i risultati agli indicatori regionali<sup>3</sup>. Si evidenzia che per non appesantire il documento e per non generare ridondanze - laddove possibile – si rimanderà per approfondimenti all'allegata *“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”* (già trasmessa alla Regione ad aprile 2018 acclusa al Bilancio d'Esercizio 2017).

---

<sup>3</sup> Rilevazione effettuata in data 14.06.2018 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna. La valutazione della performance delle Aziende, oltre al valore numerico, viene rappresentata per un'immediata comprensione attraverso il seguente codice colore:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

Laddove la valutazione riporta il codice NON AGGIUSTATO o in OSSERVAZIONE significa che il servizio regionale preposto non ha ancora definito gli standard per valutare la performance.

## 3. Dimensione delle performance dell'utente

### 3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2017 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

#### **Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**

##### **OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015**

Nell'anno 2017, l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo regionale di erogare almeno il 90% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate entro i tempi di attesa predefiniti nella maggior parte delle rilevazioni settimanali effettuate.

Questo andamento è confermato su base annuale anche dalla fonte dati regionale InSiDER che riporta per il 2017 un Indice di Performance<sup>4</sup> romagnolo per le visite di primo accesso (IND0319) del 91,9% (vs IP RER 97,0%) e per le prestazioni di diagnostica (IND0320) del 95,2% (vs IP RER del 98,3%).

Al fine di raggiungere l'obiettivo, l'Azienda ha mantenuto e potenziato i contratti di fornitura con le strutture private accreditate utilizzando flessibilità per quanto concerne i livelli di committenza dei percorsi di garanzia e/o committenza integrativa in relazione all'andamento delle performance rilevate per le prestazioni monitorate.

In parallelo, anche la produzione pubblica ha contribuito al contenimento dei tempi di attesa, programmando una "produzione in regime di Simil Alpi" per le tipologie prestazionali ove era più probabile il manifestarsi o il perdurare di criticità.

In tema di appropriatezza, l'Azienda ha proseguito il lavoro iniziato nel 2016 con i dipartimenti aziendali e con i MMG relativo alla costruzione di linee guida condivise per la prescrizione appropriata di alcune visite specialistiche urgenti differibili che, specificatamente nel 2017, hanno riguardato:

- visita gastroenterologica prioritaria,
- visita ORL prioritaria,
- visita urologica prioritaria,
- visita neurologica prioritaria,
- visita ortopedica prioritaria,

---

<sup>4</sup> La Regione Emilia-Romagna ha predisposto un sistema di rilevazione dei tempi di attesa che monitora settimanalmente 42 visite ed esami diagnostici.

Il sistema consente di registrare tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della prenotazione: i dati riportati per ciascuna azienda sanitaria si riferiscono alle prime visite e agli esami strumentali.

Per ciascuna azienda sanitaria e per ciascuna prestazione monitorata viene indicata la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa inferiore agli standard regionali: 30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica.

- visita pneumologica prioritaria,
- visita ORL urgente,
- visita nefrologica prioritaria,
- visita reumatologica prioritaria.

E' in fase di elaborazione il documento di condivisione delle indicazioni prescrittive per **Ecocolordoppler Cardiaco prioritario** e **Ecocolordoppler Vascolare** (arterioso e venoso, TSA e AAIL) **prioritario**.

Da quanto sopra quindi si può affermare che nel corso del 2017 si è realizzato un ampliamento del paniere delle Linee Guida al quale i prescrittori possono attingere e che già a fine 2016 contemplava **Visita Cardiologica prioritaria e urgente, Visita Dermatologica prioritaria, Visita Endocrinologica prioritaria, Visita Oculistica prioritaria, Visita Fisiatrica** - ambulatoriale e domiciliare - **prioritaria e ordinaria**.

Tutte le indicazioni vengono integrate in fase prescrittiva all'interno di alcuni software di cartella (SSI, Doctor2001, Sogepa, Koine, Medico2000), allo scopo di facilitare l'individuazione e la trascrizione in cartella del quesito clinico appropriato ed è in fase progettuale il coinvolgimento degli altri software di cartella attualmente in uso in Romagna (in particolare Millewin e Profim).

Nel 2017 l'Azienda ha altresì perfezionato sia la campagna di comunicazione pubblica per pubblicizzare l'entrata in vigore della legge e delle regole di disdetta delle prestazioni prenotate sia la procedura dell'invio agli utenti del "malus" previsto dalla L.R. 2/2016 e dalla relativa DGR applicativa n. 377/2016. Tali azioni hanno portato ad un importante incremento delle disdette (+17,6% rispetto al 2015) e ad un significativo decremento degli "abbandoni" (-83,5% fra 2017 e 2016).

*Abbandoni di prenotazioni. Ausl della Romagna. Anno 2017 vs 2016 vs 2015*

<b>Ausl Romagna</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Var. % 2017/2016</b>
<b>Nr. Abbandoni</b>	<b>218.674</b>	<b>187.445</b>	<b>30.952</b>	<b>-83,5%</b>

Fonte: Ausl Romagna. UO Governo Sistemi Informativi

Infine, per quanto concerne il monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale, si evince che la percentuale di prestazioni prenotabili sulla piattaforma CUPWEB rispetto a tutte le prestazioni prenotabili a CUP è la seguente nei vari ambiti territoriali romagnoli:

- Ambito di Cesena = 83,18%
- Ambito di Forlì = 96,16%
- Ambito di Ravenna = 82,63%
- Ambito di Rimini = 92,00%

E' opportuno precisare che a dicembre 2017 in seno all'Osservatorio Regionale sui tempi di Attesa, al fine di stabilire una base comune di prestazioni su cui valutare in futuro il raggiungimento dell'obiettivo, si è deciso di lavorare su di una rosa di prestazioni pari a nr. 538 (intese come insieme di prestazioni che risultano configurate a CUPWEB da almeno un'Azienda). Ogni azienda sta ora lavorando per la propria ricognizione di dettaglio secondo una griglia di informazioni richieste dall'Osservatorio stesso.

**Facilitazione all'accesso delle prestazioni di ricovero**

**OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015**

L'azienda, come previsto dal Progetto regionale, ha provveduto sin dalle fasi iniziali a nominare il Responsabile Unico Aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato, comunicando in via formale il nominativo in Regione.

Gli obiettivi previsti dalla DGR 272/2017 - finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati - sono stati prevalentemente raggiunti e segnatamente:

- I criteri di priorità per l'accesso coerenti con le indicazioni regionali sono stati definiti nella maggioranza delle UU.OO. chirurgiche;
- E' stato attivato un controllo aziendale centrale su attività in S.S.N. e L.P.
- E' a regime la gestione informatizzata delle agende di prenotazione;
- Definito il piano di committenza verso le strutture private accreditate.
- L'adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA è avvenuta per tutte le discipline chirurgiche, con la sola esclusione della Cardiologia di Rimini e di Ravenna.
- E' stato portato a regime il sistema di rilevazione di alert nei casi di non rispetto dei tempi delle prenotazioni.

Il relativo lavoro volto al contenimento dei tempi di attesa ha prodotto i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio (calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO):

**- per i tumori selezionati: 90% entro 30gg**

Per i tumori selezionati, l'AUSL della Romagna raggiunge l'obiettivo del 90% entro i 30 gg per il colon-retto (92,4%). Per la prostata, pur non raggiungendo l'obiettivo, si sottolinea che il valore raggiunto del 76,6% entro lo standard risulta essere superiore alla media regionale (42,2%). Per l'utero, il polmone e la mammella i valori risultano al di sotto dello standard ma tendenzialmente allineati alla media regionale.

Nel complesso di questa area di analisi la performance dell'Azienda USL si attesta al 86,35% rispetto al dato regionale del 77,18% (Fonte: SivER).

**- Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg**

Per la protesi d'anca, l'obiettivo viene sostanzialmente raggiunto con il contributo del privato; infatti il dato aziendale corrisponde al 90% contro la media RER dell'81% (Fonte: SivER)

**- Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata**

Nel complesso di questa area di analisi la performance dell'Azienda USL si attesta al 76,92% rispetto al dato regionale del 70,61% (Fonte: SivER).

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 3.1 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

**Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico**

**OBIETTIVO DI MANDATO 1.6 DGR 167/2015**

In riferimento al presente obiettivo strategico l'attività pianificata riguarda i seguenti settori:

**Cure Palliative**

Nel corso del 2016 è stato istituito un tavolo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale a cui hanno partecipato esponenti della direzione strategica e sanitari delle cure palliative, il cui lavoro sta portando verso la costituzione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della AUSL Romagna.

Il Tavolo, partendo da un censimento dell'esistente, ha individuato i bisogni per ogni ambito territoriale (ex aziende di Ravenna, Cesena, Forlì, Rimini) consentendo di valorizzare le buone esperienze e individuare eventuali criticità o bisogni.

Questo processo di condivisione ha consentito di giungere alla definizione di un modello organizzativo che prevede una rete unica aziendale della AUSL della Romagna in cui sono anche inseriti l'IRCCS IRST di Meldola e gli Hospice di Ravenna e Dovadola (privato accreditato).

Il modello prevede che in ogni Ambito Territoriale (Ravenna, Cesena, Forlì, Rimini) vi sia la presenza dei 4 nodi previsti dal progetto: **Hospice - Domicilio per cure di base (TAD 6) e cure specialistiche (TAD 7) - Ambulatorio di Cure Palliative - Consulenza in Ospedale** per garantire equità di accesso in tutto il Territorio, unità di valutazione multiprofessionale all'ingresso nella Rete e Case Manager.

Il programma attuativo è stato quindi sancito in uno specifico documento: "LA RETE LOCALE CURE PALLIATIVE (RLCP) DELLA ROMAGNA" che è stato definito nel luglio 2017 e che prevede anche la temporizzazione dei diversi passaggi operativi tramite un GANTT che al momento si sta realizzando con aderenza ai tempi previsti.

Il progetto della rete delle cure palliative - volto ad innalzare la qualità e la tempestività degli interventi in tale settore - andrà a regime nel corso del 2018 e potrà essere misurato anche attraverso gli indicatori di performance definiti dal livello regionale che nell'analisi relativa al 2017 evidenziano margini di miglioramento soprattutto nella tempestività del ricovero in hospice dopo la segnalazione (nel 2017 la percentuale di ricoveri in hospice entro 3 giorni dalla segnalazione in Romagna si è attestata al 49,9%, in diminuzione rispetto al 55,3% del 2016 e anche al di sotto della media regionale che è al 64,4%).

**Salute Mentale Adulti**

Nell'ambito della Salute Mentale Adulti l'obiettivo individuato era di contenere i tempi di attesa per l'accesso alla prima visita specialista entro i livelli conseguiti nel 2015 e comunque rimanendo entro i 15 giorni dalla prenotazione, come previsto dai requisiti specifici di accreditamento dei Centri di Salute Mentale.

Nel corso del 2017, il tempo medio di attesa tra prenotazione e prima visita specialistica è leggermente aumentato rispetto al 2015, attestandosi a 11,6 giorni contro gli 11,1 dell'anno di riferimento, comunque sempre rispettando i margini massimi di 15 giorni previsti dall'accreditamento.

### PRIA

L'Azienda ha intensamente lavorato per dare piena attuazione al Programma Regionale Integrato per l'Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), in particolare mettendo in campo le seguenti azioni:

- si è garantito alla fascia di età 0-6 anni l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico, seppur realizzato con una articolazione delle ore dedicate disomogenea nei diversi ambiti: a Forlì si sono garantite le 4 ore settimanali, a Ravenna si sono attuate nuove convenzioni per integrare le ore di trattamento ambulatoriale con un servizio abilitativo domiciliare, a Cesena si è aumentato il numero di ore attestandosi sulle 3 ore settimanali, a Rimini si è mantenuta la media delle 3 ore settimanali, a fronte di un incremento delle diagnosi precoci decisamente maggiore (aumento del 50% dell'utenza). Si segnala che questa articolazione delle ore è stata anche il risultato della decisione aziendale di suddividere gli utenti in carico per livello di complessità e di assicurare le 4 ore di intervento in prima battuta all'utenza con un livello maggiore di bisogni;
- costruzione del documento aziendale "Linee di indirizzo su disabilità intellettiva e autismo in età adulta" con il coinvolgimento anche delle Associazioni e formalizzazione dello stesso con Determinazione del Direttore DSMDP n. 414/2018. All'interno della Determinazione sono stati individuati i percorsi di rivalutazione funzionale e passaggio dalla minore alla maggiore età con l'identificazione per ogni ambito di uno psichiatra di riferimento che agisce la presa in carico. Nel 2018 l'obiettivo sarà di garantire la rivalutazione funzionale di tutti i ragazzi  $\geq 16$  anni;
- adozione, con Delibera del Direttore Generale n. 51 del 21/02/2018, del documento aziendale per il trattamento degli utenti con disturbo dello spettro autistico denominato "Programma 0 – 100": definizione degli interventi in età evolutiva ed in età adulta sulla base delle indicazioni PRIA 2016/2018; il documento, costruito anche con la partecipazione delle Associazioni del territorio, ribadisce la necessità di individuare figure sanitarie (psichiatri) all'interno del DSM che possano garantire la fase del passaggio dalla minore alla maggiore età e successivamente essere la figura di riferimento per la presa in carico. Sono stati effettuati degli incontri con gli EE.LL. nell'ambito del coordinamento degli Uffici di Piano a livello di Ufficio di Supporto.



### Percorsi sull'Emergenza/Urgenza

L'attività svolta è stata prevalentemente orientata a uniformare la gestione dei pazienti all'interno di tutti i Pronto Soccorso dell'Azienda con l'obiettivo di normalizzarne e regolarne l'afflusso.

A tal proposito, nel corso del 2017 si è anche proceduto all'analisi dell'algoritmo NEDOCS, indicato dal livello regionale quale possibile score di analisi della situazione real-time dei Pronti Soccorsi al fine di definirne, in modo omogeneo e condiviso, la corretta applicazione in ognuno dei 7 pronti soccorsi dell'AUSL della Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini, Faenza, Lugo e Riccione).

Si è provveduto a verificare in primis la possibilità di calcolare in modo automatico i tempi previsti dall'algoritmo: l'**admit time**, cioè il tempo di attesa massimo per ospedalizzazione e quindi il tempo di boarding e il **reg time**, cioè il tempo massimo di attesa per la prima visita. Questo per ognuno dei 4 sistemi informatici attualmente in essere nei vari ambiti aziendali. Successivamente si è cominciato a definire le variabili indipendenti: il nr. di letti in PS presidiati, il numero totale di posti letto ordinari in ospedale disponibili per il ricovero in acuto da PS e il numero di pazienti critici in Pronto Soccorso.

Il fine ultimo è quello di "fotografare" in modo automatico la situazione dei PS in modo da poter intercettare rapidamente le situazioni critiche ed attivare, di conseguenza, azioni condivise e codificate.

Tali azioni, in attesa della piena attuazione dell'algoritmo NEDOCS (legato alla gara – conclusa – del programma unico aziendale di Pronto Soccorso), sono state testate a partire da dicembre 2017 a livello di ogni presidio e a seconda dell'iperafflusso contingente locale: reparto "polmone", cingolo dei posti letto specialistici, potenziamento dell'organico medico/infermieristico, letti soprannumerari nei reparti, ecc.

L'analisi dell'indicatore relativo ai tassi grezzi di accesso in PS evidenzia per i residenti romagnoli un numero di accessi per 1.000 residenti più elevato della media regionale (394,1 vs 386,6) e anche con una crescita rispetto all'anno precedente decisamente superiore a quella riscontrata a livello complessivo. Inoltre, 7,1 accessi ogni 1.000 residenti riguardano pazienti che giungono in condizioni critiche, mentre questo dato come media regionale è attestato a 5,7 (per dettagli si rimanda alla tabella seguente).

*Pronto Soccorso - Tasso di accesso (n. accessi per 1.000 ab. distinti per gravità paziente)*

*Anni 2017 vs 2016 vs 2015*

AUSL di residenza		PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
AUSL ROMAGNA	Anno 2015	64,0	226,5	80,5	7,4	7,1	385,5
	Anno 2016	66,1	230,2	76,8	6,9	6,4	386,3
	Anno 2017	69,4	235,2	76,7	7,1	5,6	394,1
REGIONE	Anno 2015	66,2	233	68,9	5,9	7,1	381,1
	Anno 2016	67,9	237,1	69,4	5,7	4	384,0
	Anno 2017	69,7	237,1	70,4	5,7	3,6	386,6

Fonte: Banca dati PS-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita - Domanda)












### 3.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'accesso

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2017, pertanto - per il proseguo del lavoro che verrà definito nel nuovo Piano della Performance 2018-2020 - le azioni che verranno messe in atto avranno l'obiettivo minimo di confermare i risultati raggiunti.

L'analisi dettagliata nella sottostante tabella di ogni singolo indicatore, tuttavia, evidenzia situazioni in peggioramento rispetto a quanto prodotto nel 2015 e nel 2016 e non in linea con il target atteso nel periodo, anche se la performance si conferma congrua rispetto agli standard regionali. Questo si riscontra in particolare per:

- **IND0244 - % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni**  
la cui performance è scesa dal 62,6% del 2015 al 49,9% del 2017. Valore regionale pari a 64,4%.
- **IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora**  
in cui si è passati dal 64,2% del 2015 al 62,6% del 2017, comunque migliore rispetto alla performance regionale che si è attestata al 61%.

Per entrambi gli indicatori le azioni progettate nel corso del 2017 hanno fra gli altri anche l'obiettivo di migliorare tali performance.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0212</b> - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	134,93	<b>132,24</b>	134,48		Mantenimento
<b>IND0319</b> - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	95,29	<b>91,92</b>	97,05		Mantenimento >= 90%
<b>IND0320</b> - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	97,25	<b>95,16</b>	98,31		Mantenimento >= 90%
<b>IND0244</b> - % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	55,29	<b>49,86</b>	64,41		Mantenimento >= 60%
<b>IND0228</b> - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,06	<b>11,58</b>	10,22		Mantenimento <= 11gg
<b>IND0106</b> - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	<b>16</b>	16		Mantenimento <= 15
<b>IND0105</b> - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	56,04	<b>56,33</b>	67,87		Miglioramento progressivo
<b>IND0107</b> - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	63,21	<b>62,58</b>	60,96		Miglioramento progressivo
<b>IND0410</b> - Tasso std di accessi in PS	382,1	<b>388,58</b>	381,94		Trend in riduzione nel triennio

### 3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2017 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

#### **Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**

##### **OBIETTIVO DI MANDATO 1.4 DGR 167/2015**

In riferimento al presente obiettivo strategico l'attività pianificata riguarda i seguenti settori:

##### **Percorso nascita**

L'Azienda dal 2016 ha adottato i protocolli per l'assistenza appropriata alla nascita che hanno definito l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza.

Il monitoraggio dell'applicazione dei protocolli STAM e STEN nel corso del 2017 si è realizzato attraverso l'effettuazione di 2 audit interdipartimentali (a maggio e a novembre), dai quali è emersa una buona adesione complessiva ai percorsi. Inoltre, mensilmente il programma informatizzato STAM invia un report della casistica trattata.

L'assistenza alla gravidanza e al puerperio, attraverso la promozione dell'assistenza ostetrica alla fisiologica e di percorsi integrati sulla patologia, è garantita nei consultori dell'azienda attraverso professionisti che hanno partecipato ai corsi di formazione regionale.

La "scheda scelta del parto" è in uso su tutto il territorio aziendale. In particolare, nell'ambito di Rimini nel 2017 sono state utilizzate sistematicamente le cartelle regionali con allegata la scheda e sono state implementate e revisionate le procedure atte a migliorare i percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio, prestando particolare attenzione a gravidanza a termine e gravidanza a rischio.

Gli indicatori in monitoraggio evidenziano:

##### **- Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti: obiettivo $\geq 47,8\%$ (flusso CEDAP)**

In Ausl Romagna la percentuale di donne assistite dai consultori familiari ha raggiunto l'obiettivo, attestandosi a livello complessivo al 49,23%, con valori che sul presidio ospedaliero di Lugo (46,93%) e Rimini (44,58%) si attestano di poco al di sotto dello standard previsto.

*Numero gravide assistite dai consultori familiari pubblici per punto nascita. Anno 2017*

Punto nascita	CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	TOTALE	% assistite sul totale parti
OSPEDALE FAENZA	240	437	54,92
OSPEDALE LUGO	199	424	46,93
OSPEDALE RAVENNA	746	1.538	48,50
OSPEDALE CESENA	946	1.932	48,96
OSPEDALE FORLI'	671	1.107	60,61
OSPEDALE RIMINI	1.197	2.685	44,58
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>3.999</b>	<b>8.123</b>	<b>49,23</b>

Fonte: Flusso CedAP, Regione Emilia-Romagna

- **% tagli cesarei primari: obiettivo < 25% (Hub), <15% (Spoke)**

L'obiettivo è stato raggiunto nelle sedi Hub di Cesena 18,3% e Rimini 12,9%, mentre su Ravenna la percentuale di cesarei primari si è attestata al 26,1%.

L'obiettivo è stato raggiunto anche per le sedi Spoke con l'unica eccezione del punto di Forlì (che supera lo standard dell'1,9%): Forlì 16,9%, Lugo 11,9% e Faenza 10,6%.

Per approfondimenti sugli indicatori si rimanda al paragrafo 2.8 dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

Cure Palliative

L'obiettivo perseguito nel 2016 era di consolidare la struttura di coordinamento della rete locale di cure palliative e di rafforzare percorsi unitari di cura tra Ospedale, Domicilio e Hospice.

Questo processo di condivisione ha consentito di giungere alla definizione di un modello organizzativo che prevede una rete unica aziendale della AUSL della Romagna in cui sono inseriti l'IRCCS IRST di Meldola, gli Hospice di Ravenna e Dovadola (privato accreditato).

Il modello prevede che in ogni Ambito Territoriale (Ravenna, Cesena, Forlì, Rimini) vi sia la presenza dei 4 nodi: Hospice - Domicilio per cure di base (Tad 6) e cure specialistiche (Tad 7) - Ambulatorio di Cure Palliative - Consulenza in Ospedale per garantire equità di accesso in tutto il Territorio, unità di valutazione multi professionale all'ingresso alla rete, case manager di rete.

Gli indicatori individuati evidenziano un sostanziale raggiungimento degli obiettivi previsti:

- **Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/n. deceduti per tumore: obiettivo  $\geq 65\%$**

Nel corso del 2017 la percentuale di deceduti per tumore assistiti dalla rete cure palliative è stata del 63,4%, leggermente al di sotto dello standard atteso e anche del valore medio regionale fissato al 65,2%

- **% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero  $\geq 30$  giorni: obiettivo mantenimento risultati 2015**

I ricoveri in Hospice con durata oltre i 30 giorni sono stati il 16,7% in lieve calo rispetto al 16,9% nel 2016 ma in crescita verso il 15,8% del 2015. Il dato 2017 è comunque migliore della performance regionale pari al 18%.

Potenziamento Assistenza Domiciliare e potenziamento PDTA

L'attività messa in campo nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare è stata orientata a:

- la qualità migliorare dell'assistenza domiciliare;
- consolidare l'implementazione e la diffusione dei PDTA regionali in tutte le Case della Salute secondo il modello dell'ambulatorio infermieristico della cronicità e dell'infermiere case-manager per le ammissioni e dimissioni protette dall'ospedale;
- migliorare i servizi di continuità assistenziale e valorizzazione del pediatra di famiglia per la definizione di idonei percorsi per la gestione delle problematiche sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.

Contrasto alla violenza

L'Azienda ha costantemente lavorato per dare piena attuazione alle raccomandazioni delle linee di indirizzo sul contrasto alla violenza su bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015).

Gli obiettivi sono stati raggiunti attraverso le seguenti azioni:

- alcuni professionisti dell'Azienda USL della Romagna hanno contribuito alla scrittura dei quaderni all'interno del gruppo regionale.
- organizzazione di n. 1 evento formativo rivolto ai MMG (3 giornate) e legato anche alle indicazioni contenute nel Piano regionale della prevenzione (ob. 3.7)
- realizzazione di n. 1 evento formativo aziendale con l'Avv. Maria Virgilio del Foro di Bologna ed elaborazione di buone prassi in materia di violenza contro le donne con figli minori, che a loro volta potrebbero essere vittime di violenza;
- adozione della procedura aziendale "Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso": protocollo di definizione del percorso delle vittime di maltrattamento/abuso (in particolare donne e bambini) dalla prima fase di accoglienza in Pronto Soccorso fino al termine dell'iter diagnostico-terapeutico con il coinvolgimento e la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari e non sanitari chiamati a rispondere al bisogno;
- adozione del Programma aziendale "Liberi dalla violenza" e istituzione del relativo Gruppo di Coordinamento: apertura in Romagna di un Centro LDV; realizzazione del Seminario Liberi dalla Violenza tenutosi a Ravenna il 06/12/2017.
- adozione della procedura unica aziendale relativa all'applicazione della DGR n. 1102/2014 sui percorsi socio-sanitari di presa in carico dei minori, approvato dall'Ufficio di Presidenza della CTSS della Romagna del 19.09.2017. A tale riguardo si stanno predisponendo delle linee guida a livello aziendale per rendere poi omogenee le organizzazioni nei singoli distretti.

### **Integrazione socio-sanitaria**

#### **OBIETTIVO DI MANDATO 1.8 DGR 167/2015**

L'Ausl della Romagna ha lavorato costantemente ed assiduamente per tutto il 2017 sui punti oggetto di obiettivi deliberati da parte della Regione sulle tematiche inerenti i servizi socio-sanitari per la non autosufficienza. In particolare si evidenzia che:

- è stato costantemente garantito il monitoraggio tempestivo ed il corretto utilizzo delle risorse dedicate alla non autosufficienza per i servizi sociosanitari accreditati in linea con le indicazioni regionali;
- ai fini dell'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza, l'Azienda USL della Romagna ha attivato un graduale percorso di implementazione del software gestionale in ambito socio sanitario, per l'estrapolazione dei dati e l'alimentazione del flusso in automatico;
- per quanto concerne il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili (in particolare caffè Alzheimer, meeting centers, gruppi auto

aiuto per le persone affette da demenze e loro familiari), sono state realizzate diverse azioni a supporto della programmazione ed attuazione di interventi nei differenti contesti territoriali;

- si è lavorato nell'ambito dell'Ufficio di supporto della CTSS della Romagna per la ricostituzione degli OTAP di livello provinciale scaduti in corso d'anno, anche alla luce delle modifiche transitorie apportate dalla DGR di riferimento;
- è stato svolto un costante ed impegnativo lavoro per dare attuazione, nell'ambito della contrattazione con gli Enti Gestori, alla DGR n. 273/2016 in riferimento al tema del rimborso delle prestazioni sanitarie nei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili;
- relativamente all'attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Lea) per l'area socio-sanitaria e delle relative indicazioni regionali, per quanto riguarda le novità relative alle quote a carico del FSR, previste al comma 4 dell'art. 22 (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione), l'obiettivo è stato realizzato in ogni distretto, pur con delle variabilità percentuali, in termini di copertura nei primi 30 gg.; in riferimento all'applicazione del comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali) l'obiettivo è stato realizzato nella maggioranza dei distretti;
- si è lavorato costantemente sia in Azienda USL che nel rapporto con gli EE.LL. per quanto riguarda i servizi a favore dei disabili, comprese le gravissime disabilità;
- è stata garantita su tutto il territorio aziendale un'offerta distrettuale di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo sulla base della domanda, con il raggiungimento della percentuale del 2% nella metà dei distretti.

### **3.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'integrazione**

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area riportano come unico elemento critico:

**- IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni**

anche se la performance, nonostante sia decisamente al di sotto della media regionale (173,2 vs 194) si presenta in crescita rispetto al 2016 (173,2 vs 155,7).








Ulteriori processi da monitorare in quanto in peggioramento rispetto al 2016 e rientranti nella fascia di performance gialla riguardano:

**- IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA**

**- IND0240 - Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti**

per i quali le azioni di miglioramento riguardano l'implementazione e l'entrata a regime dei PDTA regionali in tutte le Case della Salute secondo il modello dell'ambulatorio infermieristico della

cronicità e lo sviluppo della progettualità già descritta nel paragrafo precedente sulla rete delle cure palliative.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0207</b> - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,39	<b>3,6</b>	4,14		Mantenimento
<b>IND0236</b> - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	22,45	<b>20,59</b>	22,36		Mantenimento
<b>IND0240</b> - Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	65	<b>63,4</b>	65,24		Miglioramento
<b>IND0246</b> - % di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	16,94	<b>16,7</b>	18,03		Mantenimento
<b>IND0280</b> - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	155,73	<b>173,22</b>	194,03		Trend nel triennio in progressivo incremento
<b>IND0683</b> - Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	91,98	<b>114,68</b>	126,63		Trend in riduzione nel triennio
<b>IND0686</b> - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	484,24	<b>488,93</b>	415,31		Trend in riduzione nel triennio

### 3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

L'obiettivo strategico di quest'area fa riferimento a:

**Qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati**

**OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015**

Nella sottostante tabella degli indicatori regionali si può rilevare l'andamento 2017 vs 2016 dei principali indicatori monitorati, con evidenza di quelli cui si è realizzato un miglioramento della performance e di quelli cui risulta necessario intervenire ulteriormente.

Poiché il servizio regionale per questi indicatori non ha ancora definito i parametri di performance cui tendere, il primo aspetto che viene preso in considerazione per attivare gli strumenti di analisi disponibili è il calo di risultato che nel 2017 ha riguardato soprattutto alcuni indicatori legati alla mortalità a 30 giorni a seguito di intervento.

L'Azienda USL della Romagna, sulla base delle maggiori criticità riscontrate fra gli indicatori rinvenibili da GRIGLIA LEA, PNE, BERSAGLIO, SIVER inerenti l'appropriatezza e sicurezza dei servizi



erogati, opera con lo strumento dell'Audit Clinico al fine di individuare correttivi e miglioramenti volti ad incrementare le performance non adeguate. In particolare:

- **IND0389 - Mortalità a 30 giorni per IMA**

valore aziendale in linea con quello regionale. Anche se rispetto al 2016 il tasso di mortalità è passato da 8,48 a 9,07. Audit sulla qualità dei dati come indicato dal PNE sono stati effettuati a Cesena e Riccione.

- **IND0275 - Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico e**

- **IND0276 - Mortalità a 30 giorni da intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola**

entrambi gli indicatori presentano un valore aziendale più alto rispetto a quello del 2016. In entrambi i casi le attività sono svolte in committenza presso il privato (Villa Maria Cecilia Hospital). Nel Piano di committenza è stato previsto un punto relativo al miglioramento.

- **IND0398 - % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella**

L'indicatore evidenzia un valore aziendale in mantenimento rispetto allo scorso anno. Nel 2017 si è realizzato un audit sulla qualità dei dati, come individuato da PNE.

- **IND0271 - % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**

miglioramento dell'obiettivo sia rispetto al valore regionale che a quello aziendale del 2016, condotto audit clinico audit clinico sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

- **IND0390 - % angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA**

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ed in miglioramento rispetto allo scorso anno. Realizzato nel 2017 audit clinico sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

- **IND0391 - Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio**

valore aziendale in linea con quello regionale ma con performance in lieve peggioramento rispetto a quello del 2016. Sono in corso analisi ed azioni di miglioramento.

- **IND0392 - Mortalità a 30 giorni per riparazione non rotto dell'aorta addominale**

valore aziendale in linea con quello regionale ma con performance in peggioramento rispetto a quello al 2016. Sono in corso analisi ed azioni di miglioramento.

- **IND0393 - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico**

valore aziendale in linea rispetto a quello regionale ed in miglioramento rispetto al 2016. Condotta nel 2016 audit prospettico a livello aziendale con azioni di miglioramento individuate e successivo reaudit nel 2017.

- **IND0394 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale**

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ma in peggioramento rispetto allo scorso anno.

- **IND0395 - Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata**

valore aziendale inferiore di quello regionale e in peggioramento rispetto al 2015.

- **IND0401 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon**

valore aziendale in linea con quello regionale ma in peggioramento rispetto al 2016. Realizzati audit clinici e sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

- **IND0400 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco**

valore aziendale migliore di quello regionale ma in peggioramento rispetto al 2015.

**- IND0441 - % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione**

il valore aziendale è migliore rispetto a quello regionale ed anche in miglioramento rispetto allo scorso anno.

**- IND0396 - % interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore ai 90 casi annui**











valore aziendale superiore alla media regionale ed in incremento rispetto al 2016. Per la quota di attività svolta dal privato accreditato, nel Piano di committenza 2017 era stato previsto un punto relativo al miglioramento.

**- IND0397 - % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiori ai 135 casi annui**












valore inferiore rispetto a quello regionale ma in crescita sul 2016; risente della ridefinizione dell'indicatore e della riorganizzazione ospedaliera.

**- IND0404 - Tempo di attesa per intervento chirurgico per frattura di tibia/perone**

valore aziendale in linea con quello regionale e stabile rispetto al 2016.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
IND0389 - Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8,48	<b>9,07</b>	9,06		Oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0390 - Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	50,67	<b>52,36</b>	43,18		
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,78	<b>12,62</b>	12,68		
IND0275 - Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	2,09	<b>2,27</b>	1,57		
IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2,28	<b>2,35</b>	1,96		
IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,69	<b>1,79</b>	1,53		
IND0393 - Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	11,12	<b>10,4</b>	10,66		
IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	0,78	<b>1,14</b>	1,6		
IND0395 - BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	7,74	<b>10,57</b>	9,99		>= 80%
IND0271 - Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	80,89	<b>87,02</b>	80,73		



Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0396</b> - Colectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	91,28	<b>95,44</b>	82,06		Trend in incremento a seguito riorganizzazione ospedaliera
<b>IND0397</b> - Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	73,23	<b>74,54</b>	81,55		Trend in incremento a seguito riorganizzazione ospedaliera
<b>IND0398</b> - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6,87	<b>6,87</b>	6,11		Oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
<b>IND0399</b> - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,54	<b>0,17</b>	0,78		
<b>IND0400</b> - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,87	<b>3,33</b>	4,74		
<b>IND0401</b> - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,98	<b>4,46</b>	4,35		
<b>IND0494</b> - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,93	<b>16,94</b>	18,01		Riduzione attesa a fronte superamento criticità ambito di Ravenna
<b>IND0402</b> - Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,69	<b>0,7</b>	0,9		Mantenimento valori attuali
<b>IND0403</b> - Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1	<b>0,93</b>	0,98		Mantenimento valori attuali
<b>IND0441</b> -Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	75,27	<b>78,18</b>	72,8		Mantenimento >=75%
<b>IND0404</b> -Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	<b>2</b>	2		Mantenimento valori attuali

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica. Nel dettaglio: gli indicatori **IND0275**, **IND0276**, **IND0392**, **IND0401**, **IND0402** **IND0403** sono monitorati sul confronto fra il biennio 2016/2017 vs 2015/2016 e gli indicatori **IND0394**, **IND0399**, **IND0400** sono monitorati sul confronto fra il triennio 2015/2017 vs 2014/2016.

## 4. Dimensione delle performance dei processi interni

### 4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

#### 4.1.1. Produzione Ospedale

##### Riordino dell'assistenza ospedaliera

##### OBIETTIVO DI MANDATO 1.1 DGR 167/2015

In riferimento al presente obiettivo strategico l'attività pianificata riguarda i seguenti settori:

##### Riordino della rete ospedaliera secondo indicazioni DGR 2040/2015

Nell'anno 2017 sono proseguite le azioni relative alla realizzazione del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, realizzando il compimento del percorso di riduzione/riconversione volto al raggiungimento della dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati, come indicato nella DGR 2040/2015.

La situazione rilevata al 31.12.2017 (Fonte: modello HSP 13 - anno 2017) è rappresentata sinteticamente nella tabella sottostante:

Struttura	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	TOTALE
Pubblico (compreso IRST)	2.811	93	32	2.936
Privato	1.196	30	53	1.279
<b>TOTALE</b>	<b>4.007</b>	<b>123</b>	<b>85</b>	<b>4.215</b>

La riduzione dei PL in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale dei PL al 3,7 per 1.000 abitanti ma nel contempo, viste le criticità derivanti dalla variabilità di popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, ci si è attestati ad un valore di 3,74. Tale valore rappresenta il picco massimo della disponibilità di posti letto necessaria a far fronte alle oscillazioni di aumento della domanda.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 3.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Nel corso del 2017, l'Azienda si è fortemente impegnata a portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 nel rispetto dei valori soglia previsti sui volumi ed esiti indicati.

In particolare, rispetto al superamento delle sedi chirurgiche in base alla casistica trattata si evidenzia quanto segue:

**Tumore della mammella:** solo le unità operative degli ospedali di Forlì, Cesena e Santarcangelo di Romagna hanno superato il valore soglia di 150 interventi all'anno previsto dal DM 70/2015. La percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia si ferma pertanto al 74,5%.

**Colecistectomia:** tutte le unità operative di chirurgia generale degli ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza, Forlì, Cesena, Rimini e Riccione hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per colecistectomia, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 95,4%.

**Fratture del femore:** tutte le unità operative di ortopedia e traumatologia dell'Azienda hanno superato il valore soglia di n° 75 interventi/anno. La percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia si ferma al 99,4%.

**IMA:** tutte le unità operative hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per infarto miocardico acuto, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 99,7%.

**PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%):** negli ospedali di Ravenna, Forlì e Rimini si sono rispettati i volumi previsti dal DM70 di almeno 250 interventi all'anno di Angioplastica Coronarica Percutanea e di almeno 75 interventi di Angioplastica Coronarica Percutanea Primaria; mentre nell'ospedale di Cesena nel 2017 ne sono stati effettuati 248 di Angioplastica Coronarica Percutanea di cui 5 primarie.

**By-pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%):** gli interventi di By-pass Aortocoronarico isolati vengono eseguiti esclusivamente presso la clinica privata Villa Maria Cecilia, in cui si riscontra un tasso di mortalità non aggiustato a 30 giorni del 2,14% (4 decessi su 187 interventi), pertanto in linea con l'obiettivo regionale.

Inoltre, l'attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 volti a garantire l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA, ha visto il raggiungimento dell'obiettivo di incrementare di almeno 5 punti percentuali il trasferimento in regime ambulatoriale - mediante l'individuazione ed il monitoraggio di specifici percorsi alternativi al ricovero - delle prestazioni chirurgiche relative alle seguenti classi di patologie:

DRG 008 C (-21,2% vs 2016);

DRG 88 M (-6,3% vs 2016);

DRG 503 C (-9,8% vs 2016).

Per gli altri DRG in analisi il decremento dei ricoveri è stato inferiore al 5%, mentre l'unica classe di patologia che ha visto crescere il dato è DRG 429 M (+9,8% vs 2016).

### Tassi di ospedalizzazione

Un importante indicatore per misurare la domanda di prestazioni ospedaliere fa riferimento al tasso di ospedalizzazione. Nel 2017 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso<sup>5</sup> della popolazione residente dell'AUSL della Romagna si presenta inferiore al dato medio regionale (139,4 vs 142,3) e con un trend di riduzione anche dal punto di vista temporale.

*Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016 vs 2015  
(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)*

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale <sup>6</sup>			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
<b>AUSL ROMAGNA</b>	Anno 2015	46,5	68,2	114,7	14,7	8,5	23,2	3,5	2,9	6,5	64,8	79,6	144,4
	Anno 2016	45,7	67,1	112,8	14,3	7,6	21,9	3,5	2,9	6,5	63,5	77,7	141,2
	Anno 2017	44,3	65,3	109,7	14,9	8,7	23,6	3,4	2,8	6,2	62,6	76,8	139,4
<b>REGIONE</b>	Anno 2015	49,7	69,6	119,3	11	8,2	19,2	5,7	4,2	9,9	66,4	82	148,4
	Anno 2016	48,8	67,4	116,2	10,8	7,9	18,7	5,7	4,2	9,9	65,3	79,5	144,8
	Anno 2017	47,7	65	112,8	11	8,6	19,6	5,9	4,1	9,9	64,6	77,7	142,3

Fonte: Banca dati SDO-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita; esclusi Neonati Sani)

L'aspetto maggiormente significativo rispetto al dato medio regionale riguarda il tasso di ospedalizzazione in strutture pubbliche: infatti, a un tasso regionale di 112,8 per mille abitanti, il tasso dei residenti romagnoli è sensibilmente più basso e pari a 109,7; diversamente, per l'ospedalizzazione in strutture private si osserva un tasso dei residenti romagnoli più elevato della media regionale (23,6 per mille ab., a fronte di una media regionale di 19,6).

Infine, l'analisi del tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero permette di rilevare come lo scarto del dato dell'Ausl della Romagna rispetto alla Regione sia riconducibile in prevalenza al regime di Day Hospital (23,3 vs 25,7) mentre in regime di degenza ordinaria il valore aziendale è in linea con quello regionale (116,1 vs 116,5), in netta crescita rispetto al 2016.

<sup>5</sup> Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (TOS), con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per genere e per età in cui i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (standard). La popolazione tipo utilizzata è quella italiana al 01/01/2012. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

<sup>6</sup> Per il 2017 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente, non essendo ancora disponibili i dati definitivi.

Ulteriori considerazioni riguardano la variabilità intra-aziendale, per cui sul regime ordinario si va da un tasso di ospedalizzazione di 122,7 del Distretto di Ravenna a 111,6 del Distretto di Riccione; mentre sul versante Day Hospital il valore massimo è sempre rilevato fra i residenti del Distretto di Ravenna (27, al di sopra della media regionale) e il minore sempre fra i residenti del Distretto di Riccione (20,6) e il Distretto di Cesena – Valle Savio (20,7). Maggiori dettagli sono rinvenibili nella tabella sottostante:

*Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016*

*(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)*

*Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero*

Distretto di residenza	Anno 2017			Anno 2016		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
DISTR. RAVENNA	122,7	27	149,7	118,1	33,2	151,4
DISTR. LUGO	120,6	22,8	143,4	113,3	27,4	140,7
DISTR. FAENZA	116,1	23,6	139,7	113,8	28,2	142,1
DISTR. FORLÌ	114,9	23,8	138,7	110,7	28,4	139,1
DISTR. CESENA-VALLE SAVIO	113	20,7	133,8	109,1	26,5	135,5
DISTR. RUBICONE	114,9	21,6	136,5	109,7	27,3	137
DISTR. RIMINI	114,5	23,3	137,8	111,4	30,3	141,7
DISTR. RICCIONE	111,6	20,6	132,2	111,2	26	137,2
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>116,1</b>	<b>23,3</b>	<b>139,4</b>	<b>112,3</b>	<b>28,9</b>	<b>141,2</b>
<b>REGIONE</b>	<b>116,5</b>	<b>25,7</b>	<b>142,3</b>	<b>113</b>	<b>31,8</b>	<b>144,8</b>

Fonte: Banca dati SDO-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita; esclusi Neonati Sani)

### Riorganizzazione della rete dei Punti Nascita

Nel 2017 si è consolidata l'applicazione del protocollo per l'assistenza appropriata alla nascita che ha definito l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza individuando, per i punti nascita spoke con numero di parti <1000 (Faenza e Lugo), le seguenti modalità organizzative:

- assistenza al parto di gravide a basso rischio con epoca gestionale compresa tra 37 e 42 settimane da travaglio spontaneo;
- i soli tagli cesarei consentiti saranno quelli in travaglio o in emergenza-urgenza per impossibilità di trasferire in sicurezza la paziente;

La scelta dei punti nascita per orientare o trasferire le donne a rischio aumentato saranno soprattutto dettate dall'epoca di gestazione e/o dal peso atteso del neonato (Forlì epoca gestionale >32 sett.; peso >1.500 gr.; Ravenna epoca gestionale >28 sett.; peso >1.000 gr.; Cesena epoca gestionale >25sett.; peso >750 gr.; Rimini epoca gestionale >23 sett.; peso >500 gr.).

#### Interoperabilità delle Centrali Operative 118.

L'attività svolta all'interno del gruppo di lavoro regionale, in applicazione alla DGR 508/2016, ha portato a compimento il percorso di omogeneizzazione delle Centrali Operative 118 regionali e della funzione di *Disaster Recovery*.

Durante il 2017 è stato attivato il sistema del Disaster Recovery, in occasione dell'incendio occorso alla nostra Centrale Operativa, con una ottima risposta del Sistema e vicariamento della Centrale Operativa su Bologna con dislocamento del nostro personale su tale Centrale per una settimana. Sono tuttora in corso, essendo un work in progress, piccole modifiche tecnologiche.

Si sono svolti, presso la nostra Centrale, corsi regionali di formazione e di retraining per il personale addetto alle Centrali Operative.

Il 1° giugno 2017 è iniziata la sperimentazione regionale per l'elisoccorso notturno sulla base di Bologna a cui hanno partecipato e partecipano tutt'ora personale Medico e Infermieristico dell'Azienda USL della Romagna, e le basi di elisoccorso di Ravenna e Cesena sono state confermate come idonee a tale tipologia di attività.

#### **4.1.2. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Ospedale**

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2017, pertanto - per il proseguo del lavoro nel triennio di validità dell'attuale Piano della Performance – le azioni che verranno messe in atto avranno l'obiettivo minimo di confermare i risultati raggiunti.





L'analisi dettagliata nella sottostante tabella di ogni singolo indicatore, tuttavia, evidenzia situazioni in peggioramento rispetto a quanto prodotto nel 2016, anche se la performance si conferma accettabile rispetto agli standard regionali. Questo si riscontra in particolare per:






**- IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici**

la cui performance si presenta in peggioramento rispetto al 2016.

**- IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici**

che rispetto all'obiettivo di aumentare, nel corso del 2017 sono diminuiti in termini di valori assoluti.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0102</b> - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,35	<b>ND</b>	ND		< 3
<b>IND0301</b> - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,24	<b>-0,19</b>	-0,34		Miglioramento
<b>IND0302</b> - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,61	<b>-0,51</b>	-0,52		Mantenimento
<b>IND0303</b> - Degenza media pre-operatoria	0,55	<b>0,53</b>	0,73		Mantenimento <= 0,5

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0409</b> - Volume di accessi in PS	495.993	<b>506.096</b>	1.891.003		Trend in riduzione degli accessi con codici colore bianco
<b>IND0411</b> - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	82.839	<b>88.873</b>	359.943		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
<b>IND0412</b> - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	73.660	<b>72.256</b>	256.848		Aumento
<b>IND0413</b> - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	16.705	<b>10.644</b>	38.898		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
<b>IND0414</b> - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	18.364	<b>17.664</b>	84.951		Aumento

Per **IND0102** - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età  $\geq 65$  anni, al momento della rilevazione non è disponibile il dato sul dashboard regionale.

#### **4.1.3. Produzione Territorio**

##### **Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio** **OBIETTIVO DI MANDATO 1.2 DGR 167/2015**

In riferimento al presente obiettivo strategico l'attività pianificata riguarda i seguenti settori:

##### **Piano di Sviluppo Aziendale delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità**

Nel corso del 2017 l'Azienda ha proseguito nel lavoro di completamento delle Case della Salute programmate, realizzate sulla base di un modello organizzativo orientato alla semplificazione dell'accesso ai servizi.

Inoltre, si è impegnata a dare una prima attuazione alle linee guida contenute nella DGR 2128/2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa". E' peraltro in fase di attivazione nei vari ambiti provinciali un processo di valutazione delle Case della Salute esistenti per identificare quelle da destinare ad HUB (medio-alta intensità) e quelle da destinare a SPOKE (bassa intensità).



In diverse Case della Salute sono state attuate, o comunque avviate, iniziative che hanno visto il coinvolgimento della comunità e l'integrazione con i Servizi Sociali: buona parte di queste iniziative sono state collegate all'avvio e alla diffusione della metodologia della Medicina d'Iniziativa per le persone con patologie croniche, o comunque fragili e a rischio, e riguardano l'attuazione di iniziative volte a coinvolgere le comunità, le associazioni di volontariato e singoli cittadini in percorsi di promozione di sani stili di vita (gruppi di cammino e percorsi di educazione alimentare per fare i due esempi più diffusi) e di contrasto all'isolamento.

La gestione delle persone con patologia cronica secondo il modello ispirato al Chronic Care Model per diabete è stato attivato in tutte le Case della Salute ed il percorso dello scompenso cardiaco è stato avviato nella maggioranza degli ambulatori della cronicità. Per la presa in carico della BPCO è stata attivata la sperimentazione in alcuni ambulatori con la formulazione dei relativi registri di patologia e conseguente validazione da parte dei MMG, chiamata attiva in sede per la spirometria con personale infermieristico opportunamente formato direttamente in UO Pneumologia e presa in carico delle persone secondo modalità concordate tra Cure Primarie e UO Pneumologia. Per ogni paziente si è provveduto a redigere una cartella ambulatoriale infermieristica e, in condivisione con il MMG di scelta, sono stati eseguiti gli accertamenti previsti.

Nell'ambito del piano di riordino ospedaliero dell'Ausl della Romagna è stata effettuata anche l'analisi delle strutture riconvertibili in Ospedali di Comunità (OsCo), che al momento sono presenti solo sull'ambito territoriale di Forlì-Cesena.

Il percorso di accesso all'OsCo segue le modalità previste dalla DGR 221/2015. L'accesso è regolato secondo valutazione multidimensionale (UVM) per pazienti che provengono dall'Ospedale o attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta dal medico di medicina generale/infermiere ADI. In fase di accesso il medico e l'infermiere case-manager dell'OsCo effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati e le figure coinvolte nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) con la partecipazione attiva del paziente e del care-giver.

Il numero dei ricoveri complessivi risulta in progressiva crescita: da n. 604 nel 2015 a n. 814 nel 2017. La durata media di degenza degli OsCo della Romagna si attesta sui 20 giorni e la percentuale di outlier (degenza oltre le 6 settimane) è in continuo miglioramento, passando da 8,7% del 2015 a 5% del 2017. Anche il dato riferito ai decessi è in decremento, dal 6% del 2015 al 3,9% del 2017, in particolare negli OsCo di Forlimpopoli e Savignano sul Rubicone anche perché in quelli di Modigliana e Mercato Saraceno, sedi più distanti dagli Hospice di riferimento, vengono ospitate anche persone nella terminalità di vita.

In particolare Forlimpopoli, che rappresenta l'OsCo a maggior impatto assistenziale in relazione a modello e numero di posti letto, la degenza media si è attestata nel 2017 a 17,9 e il numero dei ricoveri ha subito un incremento (+49) da n. 494 del 2015 a n. 543 del 2017. L'indice di occupazione del posto letto per Forlimpopoli ha subito una variazione di + 2,6% nel 2016, ma il dato non è ancora disponibile per il 2017.



Tra gli indicatori va descritto all'ingresso la presenza di un basso indice di autonomia funzionale (Barthel: media 19,3), con un netto miglioramento alla dimissione (delta 28,4). Nonostante la fragilità funzionale ancora presente alla dimissione (media 47,6) è presente una percentuale di dimessi al domicilio dell'83% reso possibile dall'integrazione professionale realizzata all'interno, ma garantita dal governo del percorso che va dall'ospedale per acuti al domicilio.

Per Modigliana positivo è stato l'intervento riorganizzativo iniziato nel 2017 e che continuerà nel 2018, che ha visto aumentare il numero ricoveri dal 2015 al 2017 da n. 71 a n. 144.

*Attivazione di progettualità terapeutico-riabilitativa per i pazienti della salute Mentale con ricorso allo strumento del Budget di Salute.*

Come previsto dal Piano Attuativo Salute Mentale e ribadito dalla DGR 1554/2015 "Linee di Indirizzo per la realizzazione di Progetti con la metodologia del Budget di Salute", uno degli obiettivi prioritari dei servizi di Salute Mentale si è incentrato sulla necessità di prevenire l'istituzionalizzazione e favorire – laddove possibile – la deistituzionalizzazione dei propri pazienti attraverso il ricorso ad una maggior personalizzazione dei progetti, ad una periodica rivalutazione degli stessi e ad un sempre maggior utilizzo dello strumento del Budget di Salute. Strumento che deve essere orientato all'attivazione di una rete di supporto al paziente con il coinvolgimento – oltre che della componente sanitaria – anche del sociale e della famiglia, in una logica di personalizzazione e condivisione della progettualità riabilitativa.

Nel Budget del DSM-DP dell'Azienda USL della Romagna nel 2017 sono stati definiti i Centri di Costo dedicati al Budget di Salute, onde consentirne il monitoraggio anche negli anni successivi ma soprattutto per meglio sviluppare le progettazioni contestualmente ad un reinvestimento di risorse in questo ambito. Nel dettaglio le Risorse Aziendali 2017 per il Budget di Salute ammontano a preconsuntivo a 2.124.141 euro, così distribuiti:






- Asse Lavoro ( tirocini IPS) = 636.931 euro
- Asse Casa (assistenza domiciliare, servizi riabilitativi alla persona) = 1.250.520 euro
- Asse Relazioni (contributi riabilitativi per attività relazionali) = 236.660 euro

#### **4.1.4. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Territorio**

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2017. In particolare, si evidenzia che per l'indicatore:

**- IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio**

l'obiettivo di ridurre le prestazioni di laboratorio a seguito dell'attivazione di modalità operative e procedure concordate fra tutti gli attori è stato effettivamente raggiunto nel 2016, passando dalle 10.590.763 prestazioni di laboratori effettuate nel 2015 alle 9.709.784 del 2016 (diminuzione del 8,3%). Nel 2017 il dato è nuovamente cresciuto giungendo a 10.186.468 prestazioni, rimanendo comunque al di sotto del valore di riferimento del 2015.









Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0211</b> - Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	18,59	<b>18,93</b>	20,57		Mantenimento >=18
<b>IND0225</b> - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	65,75	<b>69,83</b>	78,62		Mantenimento >=60
<b>IND0415</b> - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.750.024	<b>1.749.763</b>	6.839.955		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
<b>IND0416</b> - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	1.544.447	<b>1.561.260</b>	6.519.422		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
<b>IND0417</b> - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	9.709.784	<b>10.186.468</b>	46.157.827		Atteso in diminuzione per azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva

#### 4.1.5. Produzione Prevenzione

L'attività e i risultati conseguiti nell'ambito della prevenzione sono rinvenibili al capitolo 1 dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori regionali di valutazione, che evidenziano valori critici per:

- **IND0170 - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate**  
Nel 2017 l'adesione allo screening colon rettale ha subito una contrazione sino a scendere al 48,6% di partecipazione, sebbene non si scosti molto dal dato medio regionale fermo al 49%.
- **IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA**  
La performance aziendale si è attestata alla copertura del 50,8% della popolazione target che, oltre ad essere in lieve contrazione rispetto al 51,2% del 2016, rimane al di sotto del 53,3% regionale. Tale performance nello standard regionale appare scarsa e quindi occorre proseguire nelle azioni volte ad incrementare il coinvolgimento della popolazione.
- **IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA**  
La performance all'indicatore sulla vaccinazione esavalente a 24 mesi appare in aumento rispetto al 2016, con una percentuale di bambini vaccinati tornata al 92,5%, ma comunque sempre al di sotto della media regionale del 94%.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0160</b> - % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	51,2	<b>52,7</b>	49,1		Mantenimento >=50
<b>IND0161</b> - % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	40	<b>40,3</b>	35,1		Mantenimento >=37
<b>IND0164</b> - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	74,9	<b>79,02</b>	75,65		Mantenimento >=77
<b>IND0170</b> - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	52,84	<b>48,56</b>	49,03		Miglioramento
<b>IND0172</b> - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	51,16	<b>50,79</b>	53,25		Allineamento a standard LEA
<b>IND0177</b> - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	90,55	<b>92,53</b>	94,03		Allineamento a standard LEA
<b>IND0185</b> - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,09	<b>9,87</b>	9,79		Mantenimento >=10
<b>IND0408</b> - Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	97,16	<b>96,6</b>	100		Mantenimento >=95

Il periodo di rilevazione degli **IND0160** e **IND0161** è basato su un arco temporale pluriennale (2015/2017 vs 2014/2016).

#### 4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

In quest'Area l'obiettivo strategico definito nel Piano triennale della Performance riguarda:

##### Qualità sicurezza e gestione del rischio

##### OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015

Nel corso del 2016/2017, in coerenza con le linee guida regionali, è stato redatto il Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, approvato con delibera del Direttore Generale n. 41 del 09/02/2017 ed avente ad oggetto "SISTEMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO. PIANO PROGRAMMA GESTIONE DEL RISCHIO 2016 – 2018". La relazione annuale consuntiva relativa alle azioni di miglioramento previste nel Piano Programma, completo di tutti i dati provenienti dalle fonti informative previste dalle linee di indirizzo regionali è stata inviata con nota a firma del Direttore Sanitario l'1 marzo 2018 (prot. 0052178).

Nel corso del 2017 sono stati segnalati alla Regione 13 **eventi sentinella** attraverso la compilazione della schede ministeriali, cui sono seguite azioni di miglioramento riconducibili alle seguenti tipologie: revisione di procedure, attività formativa, azioni organizzative, focus group, attività di retraining, ulteriori analisi (FMEA, audit clinici), adeguamenti strutturali. Il sistema di segnalazione

**Incident Reporting** ha visto per l'anno 2017 un incremento del numero di segnalazioni anche grazie allo sviluppo di interventi formativi su tutto l'ambito aziendale.

È proseguito nell'anno 2017 il consolidamento del **flusso SSCL** collegato alla scheda di dimissione ospedaliera anche grazie all'attività di un team multidisciplinare che vede coinvolti il Controllo di Gestione, i Sistemi Informatici, il Tavolo della Sicurezza delle Cure, la DIT e le Direzioni Mediche di Presidio. È stata attivata la sperimentazione della compilazione della SSCL informatizzata su palmare nel blocco operatorio di Ravenna. L'AUSL della Romagna ha partecipato al progetto regionale "OSSERVARE" atto a verificare l'appropriatezza dell'utilizzo della SSCL che ha coinvolto tutti i blocchi operatori. All'esito delle osservazioni si è proceduto alla redazione della procedura unica aziendale "La sicurezza del percorso chirurgico" per l'uso appropriato della SSCL e la corretta identificazione del paziente/lato/sito. Inoltre, sono stati progettati moduli di formazione interattiva sull'applicazione della SSCL che vedranno coinvolte tutte le équipe chirurgiche.

È stata effettuata la mappatura delle Unità Operative in cui è in uso il **braccialetto identificativo** (i cui risultati sono stati inviati in regione con nota a firma del Direttore Sanitario il 14 novembre 2017). Ad esito della mappatura è stato implementato l'uso del braccialetto identificativo per tutti i pazienti che accedono ai Pronto Soccorso aziendali (obiettivo di budget per il Dipartimento di Emergenza) mentre con la progressiva implementazione della cartella informatizzata prosegue la diffusione dell'adozione del braccialetto informatizzato.

Sono state completate nel corso del 2017 le visite programmate nell'ambito del progetto VISITARE cui sono seguite azioni di miglioramento per le varie raccomandazioni oggetto di osservazione (il dettaglio è contenuto nella relazione annuale consuntiva del piano programma).

Nel corso del 2017 è stata pubblicata la procedura unica aziendale per la **prevenzione e gestione delle cadute in ospedale** e sono proseguiti gli interventi per l'implementazione del piano aziendale prevenzione delle cadute.

#### **4.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico**

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori regionali di valutazione della Performance per Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico, che evidenziano valori critici (e quindi oggetto di interventi correttivi e/o di azioni di miglioramento) per:

##### **IND0125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici**

La performance aziendale nel 2016 si è attestata al 41,2% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG rientranti nei LEA Chirurgici, in diminuzione rispetto al 42,4% del 2016 e decisamente al di sotto del dato medio regionale che è pari al 49,7%.

##### **IND0214 - Tasso std di accessi in Day Hospital di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA**

Per questo indicatore, sebbene la performance 2016 risulti decisamente migliorata rispetto all'anno precedente (48,96 accessi in Day Hospital di tipo medico ogni 1.000 residenti nel 2016 vs 136,6 nel 2016) e la valutazione regionale risulta positiva, è ancora distante dalla media regionale attestatasi a 33,5 accessi ogni 1.000 residenti.

##### **IND0133 - Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato**

Tale indicatore risulta ancora in fase di osservazione da parte della Regione, pertanto non riceve una valutazione, tuttavia il risultato 2016 evidenzia un tasso di sepsi in crescita rispetto al 2016 con conseguente non raggiungimento dell'obiettivo previsto di mantenere i valori entro il dato medio regionale.

**IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario  $\leq 0,21$  (Griglia LEA)**

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG. ad alto rischio di inappropriatezza e non, rilevato nel 2017 in Ausl Romagna e ricomprensivo anche l'attività delle strutture private, corrisponde ad un valore pari a 0,24 (Fonte: SivER), pertanto l'obiettivo prefissato nel complesso non risulta raggiunto.

Al contrario, l'analisi per singolo presidio pubblico evidenzia un target adeguato in ciascun ospedale, con l'unica eccezione di Faenza. Di seguito il dettaglio per singolo presidio:

OSP RAVENNA 0.16;

OSP. LUGO 0.13










OSP. FAENZA 0.23

OSP. CESENA 0.17

OSP. FORLI' 0.20

P.O. RN-SN 0.16

P.O. RC-CT 0.20

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0101</b> - Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,01	<b>10,05</b>	10,06		In diminuzione
<b>IND0133</b> - Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	6,03	<b>8,32</b>	3,91		Mantenimento valori in linea o inferiori all'andamento regionale
<b>IND0135</b> - Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,27	<b>1,96</b>	1,9		
<b>IND0421</b> - % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	48,34	<b>53,6</b>	43,54		Tendenziale incremento
<b>IND0125</b> - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	42,35	<b>41,16</b>	49,65		Allineamento a standard LEA
<b>IND0210</b> - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,58	<b>6,82</b>	6,86		Allineamento a standard LEA
<b>IND0213</b> - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	3,35	<b>3,18</b>	2,17		Mantenimento
<b>IND0214</b> - Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	136,63	<b>48,96</b>	33,49		Allineamento a standard LEA
<b>IND0216</b> - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,25	<b>0,24</b>	0,21		Allineamento a standard LEA

#### 4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2017 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

##### **Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici**

##### **OBIETTIVO DI MANDATO 2.2 DGR 167/2015**

In riferimento al presente obiettivo strategico l'attività pianificata riguarda i seguenti settori:

##### **Progressiva attuazione del progetto di riassetto organizzativo delle funzioni afferenti all'area tecnico-amministrativa e agli uffici di staff della Direzione Strategica Aziendale**

La Deliberazione n. 524 del 7.7.2015 avente ad oggetto "Provvedimenti organizzativi a seguito della positiva verifica regionale dell'atto aziendale: approvazione assetto organizzativo AUSL Romagna" ha dato avvio alla prima fase di riorganizzazione procedendo alla declinazione di dettaglio del macrodisegno organizzativo in applicazione dei valori e dei principi sanciti dall'Atto Aziendale.

Coerentemente con gli obiettivi di mandato di cui alla D.G.R. n. 167 del 23 febbraio 2015 e delle esigenze di riunificazione e di concentrazione richiamate nella D.G.R. di cui trattasi, le funzioni afferenti all'area tecnico-amministrativa e agli uffici di staff della Direzione Strategica Aziendale sono state ridefinite e ricondotte a nuove posizioni di responsabilità corrispondenti ad altrettante strutture complesse. La successiva deliberazione n. 831 ha definito l'individuazione degli incarichi di livello inferiore - Strutture Semplici ed incarichi di Alta Professionalità - sempre riferiti alle aree di staff e di supporto tecnico e amministrativo.

Rispetto agli assetti delle precedenti Aziende confluite nell'AUSL della Romagna, la riorganizzazione effettuata ha comportato, sia per le Strutture Complesse sia per gli incarichi inferiori, una riduzione in termini numerici in misura anche superiore al 50%.

##### **Centralizzazione acquisti e logistica.**

L'AUSL della Romagna dal 2016 partecipa attivamente alla sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercent-ER, con il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alla AUSL stessa nelle attività di centralizzazione degli acquisti.

Gli obiettivi previsti nell'ambito dell'attività di governo dei processi di acquisto di beni e servizi riguardano:

##### **Indicatori e target:**

- ***Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi***

Si conferma che l'UO Acquisti si attiva prontamente per l'adesione a tutte le convenzioni IntercentER appena vengono pubblicate, verifica sistematicamente, prima dell'emissione di una gara, che non sussistano convenzioni attive né di IntercentER né di Consip, e utilizza i mercati elettronici delle due centrali di acquisto per le procedure sotto soglia comunitaria. Tale comportamento ha condotto nell'esercizio 2017, ad un livello di centralizzazione degli acquisti superiore all'80% del totale effettuato nell'anno.

- ***Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie***



Anche per l'indicatore "Totale degli importi dei contratti relativi a farmaci, antisettici, energia elettrica e gas, stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie" si può affermare che nell'anno 2017 vi è stata una tempestiva adesione alle convenzioni di farmaci che ha determinato la seguente situazione: importo totale dei contratti farmaci nell'anno pari ad € 490.289.152,91 di cui ordinativi emessi su convenzioni Intercent-ER per € 436.151.466,90, pari al 88,95%, mentre i contratti ponte aziendali stipulati nell'anno sono pari a € 54.137.686,01. Anche per la categoria di farmaci rappresentata dai vaccini si ripropone una situazione analoga: importo totale dei contratti pari ad € 5.788.586,05 di cui € 4.813.778,85 emessi su convenzioni Intercent-ER pari al 83,16%, mentre i contratti aziendali stipulati nell'anno sono pari a € 974.807,20. Per i prodotti di antisettici nel 2017 non erano presenti convenzioni della centrale acquisti regionale. Infine i fattori produttivi energia elettrica e gas sono stati acquisiti al 100% su convenzioni Intercent-ER.

**- Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario**

In relazione all'indicatore "Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario" si evidenzia che nell'ultimo trimestre dell'anno 2017 sono state bandite 5 gare a rilievo comunitario tutte espletate sulla piattaforma telematica regionale.

**- Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)**

Anche l'utilizzo del mercato elettronico regionale ha superato il target previsto di 20 richieste di offerta avendo avviato più di 100 gare sul MerER - mercato elettronico di Intercent-ER.

**- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati**

L'inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso NoTI-ER è stata introdotta nella documentazione di gara a partire da settembre 2016 diffondendo il testo della clausola anche a tutte le unità operative aziendali che stipulano contratti tramite nota protocollata inviata dalla U.O. Acquisti Aziendali, consentendone, in tal modo, l'introduzione sul 100% dei contratti

**- Almeno il 35% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER**

Gli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER sono stati superiori al 75% degli ordini emessi attraverso il software NFS.

**Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità**

**OBIETTIVO DI MANDATO 2.3 DGR 167/2015**

Rispetto all'obiettivo di potenziare le **PIATTAFORME LOGISTICHE**, durante l'anno 2017 sono stati effettuati numerosi incontri presso la sede della Regione Emilia Romagna per analizzare e definire i principali parametri tecnico-economici relativi alle attività di magazzino. Successivamente si è provveduto alla raccolta per l'intera Regione dei dati riferiti ai parametri ritenuti significativi ai fini dello studio sui processi di approvvigionamento.

Nel rispetto delle tempistiche concordate con la Regione, in dicembre 2017 è stato pubblicato da parte del SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, SOCIALE E SOCIO-SANITARIO della Regione Emilia Romagna lo "Studio sulle piattaforme logistiche per farmaci, dispositivi medici e beni economici dell'Area Vasta Emilia Nord, Area Vasta Emilia Centro e Azienda USL Romagna" con l'obiettivo del rafforzamento delle Piattaforme Logistiche così come riportato nel Documento Economia e Finanza Regionale anno 2016 ed anno 2017 e Piano di Attività 2017 Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.



### **INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)**

#### **GAAC**

Con riferimento al progetto regionale del GAAC sono stati effettuati numerosi incontri con i responsabili regionali e quelli dell'RTI aggiudicatario, definendo il Gantt di attivazione del nuovo software presso tutte le Aziende della RER.

Il Gantt elaborato è stato il risultato di numerose analisi e approfondimenti volti a garantire la massima efficienza tecnico-amministrativa presso le Aziende regionali.

Le principali attività di omogeneizzazione delle tabelle e dei processi sono stati condivisi ed attivati garantendo l'avanzamento ed il rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel nuovo progetto esecutivo che prevede la messa a regime per l'AVEC da gennaio 2019, per l'AUSL della Romagna da giugno 2019 e per l'AVEN da gennaio 2020.

#### **GRU**

La Fase 1 è stata completata secondo i piani e le tempistiche previste, compresa la configurazione e l'adozione dei dizionari unici.

#### **FSE**

E' stato rispettato il target per i servizi esposti sul FSE con l'attivazione della scelta/revoca MMG/PLS, Buoni Celiaci e offerta prenotazioni on-line sul nuovo CUPunico aziendale.

#### **DEMA**

I software sono stati adeguati per la gestione della ricetta dematerializzata e la gran parte dei medici la stanno utilizzando, solo una parte dei medici dell'ambito di Rimini non la stanno adoperando, causa facilitazioni all'utilizzo della ricetta elettronica della quale si sta procedendo alla sua dismissione con relativa formazione dei medici per l'emissione della ricetta dematerializzata.

Manca l'invio dell'erogato dell'ambito di Ravenna, che è stato analizzato ed in parte implementato il servizio di invio dell'erogato al sistema CUP aziendale, ma per problemi tecnici verificatisi nel mese di dicembre sui server CUP gestiti da Lepida, le risorse per completare l'attività sono state impiegate per gestire tale emergenza.

#### **ARA**

Sono state rispettate le tempistiche definite dalla cabina di regia regionale.

### **SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE**

Gli obiettivi previsti dalla DGR 272/2017 sono stati prevalentemente raggiunti e segnatamente:

- Adesione al sistema SIGLA per tutte le discipline chirurgiche con esclusione, al momento, della sola Cardiologia di Rimini e di Ravenna;
- I criteri di priorità sono stati definiti nella maggioranza delle UU.OO chirurgiche;
- Esiste un controllo aziendale centrale su attività in S.S.N. e L.P.;
- E' a regime il sistema per la gestione informatizzata delle agende di prenotazione;

- E' stato definito il piano di committenza verso le strutture private accreditate.

### **Adempimenti dei flussi informativi**

#### **OBIETTIVO DI MANDATO 2.6 DGR 167/2015**

Per tutto il 2017 c'è stata altissima attenzione alla tempestività e completezza di invio delle SDO in Regione. Infatti mensilmente sono stati inviati report alle Direzioni di Presidio per favorire il monitoraggio in tal senso ed effettuati richiami ai reparti critici.

Il dato di chiusura relativo alla tempestività di invio della SDO è risultato pari all'89%, sostanzialmente allineato con la Regione (*Fonte: SivER*). Anche il dato relativo all'aggiornamento delle informazioni precedentemente inviate è risultato positivo concludendo con un valore pari a 13,7% al di sotto dell'obiettivo fissato al 15% (e al di sotto della media RER pari a 14,4%).

Sempre in riferimento alla SDO è stato raggiunto anche l'obiettivo relativo al "n. segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie", che ha registrato un valore pari a 0,39% al di sotto dell'obiettivo fissato pari all'1%.

Per tutti i restanti flussi sono stati rispettati i parametri regionali relativi alla tempestività e alla variazioni delle informazioni già trasmesse e non si segnalano criticità in proposito (come da dato SIVER).

Per quanto riguarda l'indicatore "n. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/elisoccorso (118) con link al flusso 118" a partire dal 2° semestre si è provveduto ad allineare le due banche dati, ma non è stato possibile recuperare il dato per il solo ambito di Rimini. Si segnala però che a tutt'oggi il campo non è obbligatorio nel flusso PS, come da circolare regionale.

## **4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

L'obiettivo strategico di quest'area fa riferimento al **Rispetto dei piani sulla trasparenza e anticorruzione**.

Le strategie di prevenzione della corruzione contenute nell'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC 2017-2019), adottato con deliberazione n. 24 del 31/01/2017, sono state oggetto di monitoraggio, nel corso dell'anno, da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base del cronoprogramma stabilito nel PTPC al fine di verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione "generali" e "specifiche" idonee a ridurre o ad eliminare il rischio corruttivo. Tali misure sono state elaborate valutando l'esposizione a rischio di attività e processi, con riguardo alle aree a più elevato rischio mappate nel 2016 (affidamento di lavori, servizi e forniture; acquisizione e progressione del personale; sanità pubblica relativamente a vigilanza, controlli e ispezioni), indicando per ciascuna misura gli obiettivi, la tempistica, i responsabili e gli indicatori di monitoraggio. Nel 2017, inoltre, le misure preventive della corruzione sono state implementate anche tramite l'adozione di procedure amministrativo contabili del "Percorso regionale Attuativo della Certificabilità" (PAC), che prevedono sistemi di controllo e misure organizzative efficaci anche per la riduzione del rischio corruttivo.

Dall'esito delle rilevazioni le misure programmate risultano, per la maggior parte, attuate nei termini previsti; l'efficacia di tali misure preventive discende dall'analisi specifica effettuata dai Referenti aziendali del RPCT in occasione della mappatura dei processi a rischio.

Per quanto riguarda la programmazione di misure di rotazione degli incarichi, l'Azienda, compatibilmente con l'organico a disposizione e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture che la compongono, intende applicare la rotazione del personale, alla luce delle indicazioni fornite da ANAC, affinché possa attuarsi tale misura di prevenzione generale. In merito si deve precisare che in ragione della riorganizzazione intervenuta in Azienda, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, nel 2016 sono stati assegnati incarichi ex novo ai Direttori delle Unità Operative Complesse, Semplici ed Alta Professionalità di Area Amministrativa e Tecnica nonché ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari. Nel PTPC è prevista una programmazione pluriennale della rotazione, sulla base di apposito atto che sarà previamente adottato dall'Azienda, entro il 2019, nel rispetto del principio di gradualità indicato da ANAC, stabilendo misure alternative ove non sia possibile attivare tale rotazione. La rotazione è stata attuata, inoltre, quale misura di prevenzione nel 2017, per: personale ispettivo nelle attività di controllo nelle strutture private accreditate dell'AUSL, medici veterinari che svolgono attività di controlli ufficiale, operatori che svolgono attività di vigilanza afferenti all'Igiene Pubblica e Prevenzione salute negli ambienti di vita e lavoro, RUP dell'UO Acquisiti Aziendali, dirigenti/funzionari dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti, operatori che predispongono gli stipendi degli specialisti ambulatoriali.

L'Azienda partecipa al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed ha preso parte allo specifico sotto-gruppo che ha curato la predisposizione di uno Schema tipo di Codice di Comportamento dei dipendenti, aggiornato ed unico, per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, redatto tenendo conto delle Linee guida adottate dall'A.N.AC. (delib. n. 358 del 29/03/2017), dei Codici di comportamento già in essere nelle singole Aziende sanitarie e del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013). Tale schema di Codice è stato approvato con DGR n. 96 del 29/01/2018 e, dopo il coinvolgimento degli stakeholders, è stato adottato dall'AUSL nel maggio 2018.

Come strategia di sviluppo della trasparenza, intesa come *“accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*, l'Azienda ha redatto e aggiornato il PTPC 2017-2019, adottato con delibera n. 24/2017, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Nella parte terza del Piano, denominata “Sezione Trasparenza” e nella Tabella sugli obblighi di trasparenza, sono state definite le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, come modificati dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, emanato ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n.124 cd. “Legge Madia”, dalle indicazioni regionali e provvedimenti ANAC

intervenuti al riguardo, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, da parte del Dirigente/Responsabile del Servizio/U.O. tenuto all'adempimento in base alle prescrizioni del PTPC, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione *on line* dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini, un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento.

Il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, ha vigilato, attraverso un sistema di monitoraggio periodico, sul rispetto e l'operatività delle misure e adempimenti indicati nell'aggiornamento del PTPC. In particolare ha vigilato sulla pubblicazione, a cura dei Responsabili, delle informazioni riguardanti i processi aziendali a maggior rischio.

Infine la legge 190/12, all'art. 1, comma. 9, lett. f), ha stabilito che il PTPC individui specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge, prevedendo, come indicato nel PNA 2016, la pubblicazione di "dati ulteriori", quale obiettivo strategico di ogni amministrazione (art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013).

Inoltre, tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo introdotte dal d.lgs. 97/2016, *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33*, spicca l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato, da parte di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, in relazione a tutti i dati e documenti detenuti dall'Azienda USL della Romagna, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti (c.d. F.O.I.A.).

Il compito di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, (semplice e generalizzato), è esteso ai dirigenti Responsabili delle strutture organizzative aziendali, oltre che al Responsabile della Trasparenza.




A questo proposito, si segnala che nel corso del 2017 l'Azienda ha fornito risposte adeguate ai cittadini che hanno inoltrato richieste di accesso civico generalizzato.

Conformemente al parametro di trasparenza previsto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 relativo al "Registro degli accessi", si evidenzia che quest'Amministrazione ha provveduto alla pubblicazione del registro relativo al primo semestre 2017 entro il mese di settembre 2017 in sede di prima applicazione, mentre per quanto riguarda il secondo semestre 2017 ha provveduto entro il 31 gennaio 2018.

Anche nel corso del 2017, è stata effettuata "La giornata della trasparenza" al fine di sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all'Azienda sui temi della Trasparenza e della legalità amministrativa, in relazione alla prevenzione della Corruzione, nonché promuovere iniziative di formazione

specifiche, rivolte alle articolazioni organizzative responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione obbligatoria dei dati, alla luce delle novità apportate al Decreto Trasparenza dal d.lgs. n. 97/2016.

L'analisi degli indicatori regionali di valutazione della Performance (si veda la sottostante tabella) evidenzia il raggiungimento di risultati ottimali su ogni elemento osservato, con valori aziendali in crescita rispetto al 2016 e anche superiori alla media regionale.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0405</b> - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,37	99,71	98,75		Mantenimento $\geq 95$
<b>IND0406</b> - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	47,85	46,17	45,75		Rispetto masterPlan
<b>IND0407</b> - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	35,96	47,13	37,96		In aumento

## 5. Dimensione delle performance dell'innovazione e sviluppo

### 5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi strategici perseguiti nel 2017 riguardano:

#### Valorizzazione del capitale umano

#### OBIETTIVO DI MANDATO 2.7 DGR 167/2015

In riferimento al presente obiettivo strategico, l'Azienda ha provveduto a:

- dare attuazione alla procedura aziendale di valutazione delle risorse umane finalizzata alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance organizzativa e individuale. In particolare, In riferimento all'obiettivo "Applicazioni nuovi strumenti e percorsi di valutazione delle risorse umane finalizzati alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance", nel corso del 2017 è stata attivata la valutazione della performance individuale anno 2016 per tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato. La valutazione è stata sintetizzata attraverso una scheda di valutazione, gestita tramite applicativo dedicato, contenente sia parametri relativi ai risultati, sia parametri relativi a comportamenti e competenze.
- progettare eventi formativi finalizzati a trasferire i contenuti teorici al contesto lavorativo e verifica sul campo dell'efficacia delle azioni formative realizzate quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativo. La misurazione del raggiungimento di tale obiettivo è stata realizzata attraverso l'analisi dei 6 corsi ritenuti maggiormente significativi, rispetto ai quali si è sempre osservata una conseguente ricaduta organizzativa e/o operativa sui servizi coinvolti. Per approfondimenti si rimanda al capitolo 5 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

### 5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

Il conseguimento dell'obiettivo di **Rafforzare la capacità di produrre e gestire l'attività di Ricerca** è stato perseguito attraverso la realizzazione delle seguenti azioni:

- L'Anagrafe Regionale della Ricerca è stata regolarmente implementata con più di un accesso a trimestre e con l'inserimento di un numero di progetti superiore a quello medio annuale richiesto dal livello regionale.
- Il Comitato etico della Romagna è stato istituito come da determinazioni regionali con Deliberazione del Direttore generale dell'AUSL della Romagna n. 579 del 29/12/2017. La segreteria del Comitato etico sita presso l'IRST di Meldola ha garantito la piena partecipazione ai lavori regionali. L'Ufficio Ricerca Clinica e organizzativa dell'AUSL ha

collaborato fattivamente con la Segreteria del Comitato etico alla strutturazione del nuovo Comitato etico di area vasta.

- Prosegue l'attività del Board Aziendale Ricerca e Innovazione, che si è regolarmente riunito in media una volta al mese valutandola fattibilità e l'opportunità di tutti i progetti di ricerca presentati (media 20/mese).
- E' attivo un unico Ufficio Ricerca a supporto tecnico e metodologico di tutti i professionisti aziendali, armonizzando l'iter di istruttoria, autorizzazione dei progetti e stipula dei contratti.

In quest'area non sono previsti indicatori regionali di valutazione della performance.

A livello aziendale si è definito il seguente standard:

***Regolare alimentazione dell'anagrafe regionale della ricerca***

Nel corso del 2017 l'Azienda USL della Romagna ha assicurato l'accesso regolare all'applicativo, con un numero di schede inserite che risulta in linea con gli anni passati.



## 6. Dimensione delle performance della sostenibilità

### 6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

Gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance sono:

**Rispetto dell'equilibrio economico finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa**

**OBIETTIVO DI MANDATO 2.1 DGR 167/2015**

Il bilancio di esercizio 2017, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa e Rendiconto Finanziario, e corredato dalla Relazione sulla Gestione sottoscritta dal Direttore Generale, è stato redatto secondo le disposizioni di cui al D.lgs n. 118/2011 e s.m.i.

Il Consuntivo 2017 registra un utile di esercizio pari ad € 16.950 e rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 830 del 12/06/2017 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati nella suddetta delibera regionale in tema di Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2017 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale a settembre 2017. Di tale verifica, congiuntamente all'informativa sul Bilancio Economico Preventivo 2017, adottato con delibera n. 269 del 15/06/2017 e approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1260 del 28/08/2017, è stata inoltre informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Contestualmente all'inserimento dei dati relativi ai Modelli CE trimestrali nella procedura ministeriale NSIS sono state inviate in regione le certificazioni relative all'andamento economico – finanziario previste dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in cui l'Azienda ha certificato la coerenza dell'andamento economico-finanziario della gestione aziendale con la condizione di equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale.

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, nel 2017 l'Azienda ha proseguito la propria attività di efficientamento del ciclo passivo nelle diverse fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture, i tempi medi di pagamento si sono ulteriormente abbreviati attestandosi a 61,79 giorni a fronte dei 66,8 giorni del 2016, dei 72,65 giorni del 2015 e degli 80 giorni registrati nel 2014.

L'indicatore di tempestività dell'anno 2017 è quindi pari a + 1,79 giorni.

L'Azienda nel corso dell'anno 2017, in continuità con gli esercizi precedenti, si è impegnata per la realizzazione delle azioni volte all'attuazione del PAC regionale, previste dal crono-programma di cui all'allegato 1 della DGR 150/2015.

La Direzione Amministrativa, la Dirigenza ed il Servizio di Audit Interno, hanno svolto attività finalizzate:



- al recepimento delle indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali;
- alla redazione, l'adeguamento, l'implementazione, l'applicazione e la verifica delle procedure amministrativo contabili e dei regolamenti, coerentemente con i requisiti minimi definiti dalle Linee Guida Regionali.

Infine, sul versante delle manutenzioni si rileva un costo nel 2016 per l'AUSL della Romagna pari a 21,11 €/m<sup>2</sup> a fronte di una media regionale pari a 22,17 €/m<sup>2</sup> e pertanto con uno scarto percentuale di minore spesa rispetto alla media regionale pari a – 4,80% (cfr. nota RER prot. 772252 in atti AUSL con prot. 28708 del 18.12.2017 redatta per mezzo dei report regolarmente trasmessi alle scadenze fissate).



#### 6.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Economico-Finanziaria

La tabella sottostante, che riporta gli indicatori regionali di valutazione, non evidenzia elementi particolarmente critici nell'area economico finanziaria. L'indicatore che rientra nel range di colore giallo e quindi migliorabile risulta comunque non troppo distante dal dato regionale.






Inoltre, si evidenzia che i dati relativi ai costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza<sup>7</sup>, che si riferiscono agli anni 2015 e 2016 (in quanto sono le ultime rilevazioni disponibili in SivER), evidenziano per il 2016 un decremento della spesa pro-capite in Ausl Romagna, sebbene con un valore superiore al dato medio regionale. Tuttavia occorre sottolineare che tali quote fanno riferimento ai soli costi pro-capite aziendali (ossia escludendo la parte di contribuzione delle AOSP/AOSPU/IRCCS): considerando anche tali costi, il dato della spesa pro-capite totale per l'Ausl della Romagna si attesta a €. 1.783,48, in calo di €. 6,39 rispetto al 2015 e anche al di sotto della spesa pro-capite regionale pari a €. 1.842,05.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
<b>ND0614</b> - Costo pro capite totale	1.764,13	1.759,84	1.749,7		Mantenimento
<b>IND0267</b> - Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	48,56	49,1	52,97		Mantenimento

<sup>7</sup> I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
<b>IND0616</b> - Costo pro capite assistenza distrettuale	1.045,24	1.045,86	1.044,21		Mantenimento
<b>IND0615</b> - Costo pro capite assistenza ospedaliera	668,56	662,86	652,52		Mantenimento

I restanti indicatori di natura economica rilevati in SivER fanno invece riferimento al confronto fra gli anni 2017 vs 2016 ed evidenziano performance in miglioramento ed in linea con gli standard prefissati in sede di programmazione:

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Regionale 2017	Valutazione performance 2017	Target atteso nel triennio
<b>IND0364</b> - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	91,5	91,41	97,48		Mantenimento
<b>IND0365</b> - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	79,16	83,49	83,65		Mantenimento
<b>IND0449</b> - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	160,48	159	164,77		Mantenimento
<b>IND0138</b> - Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	181,69	112,57	143,39		Mantenimento
<b>IND0220</b> - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	6,83	1,79	-		Mantenimento

## 6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

### **Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti** **OBIETTIVO DI MANDATO 2.4 DGR 167/2015**

Il piano degli investimenti 2017-2019 è stato redatto secondo gli schemi specifici predisposti a livello regionale ed è stato allegato al Bilancio Economico Preventivo - Anno 2017 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 15.06.2017; ad esso è stato allegato il piano delle alienazioni patrimoniali, articolato per ambito territoriale, con separata indicazione di quelle vincolate a ripiano perdite.

Nel corso del 2017 sono in fase di esecuzione avanzata un importante numero di interventi strutturali concentrati nei principali presidi sanitari e relativi a finanziamenti statali (ex ART. 20 IV fase 2° stralcio) e regionali; mentre sono state sviluppate le prime fasi della progettazione inerenti

gli interventi finanziati con l'ART. 20 IV fase Addendum (APB) e presentate al gruppo regionale, nel rispetto delle tempistiche di norma. In dettaglio:

**APb24** - Ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza;

**APb25** - Ammodernamento sistemi e tecnologie di diagnostica per immagini.

Sono state presentate le richieste di liquidazione di interventi terminati, rientranti in programmi di investimento. In sede di *Monitoraggio sullo stato di attuazione dei Programmi di investimento in sanità* (PROFILER) ne è stata data evidenza.

Gli investimenti in *tecnologie biomediche* dell'Azienda USL della Romagna, nel 2017, hanno garantito sia il mantenimento dell'offerta qualitativa e quantitativa di prestazioni sanitarie sia la ripresa di un processo continuo e costante di rinnovamento per mantenere la dotazione tecnologica dell'azienda allineata agli ultimi standard di riferimento.

Il piano investimenti anno 2017, pur nelle difficoltà derivanti dalla riorganizzazione dell'assetto organizzativo e della situazione economica del contesto, ha determinato una spesa complessiva pari ad euro **8.753.462,00**. Sono stati portati a termine interventi già iniziati ed in corso, sono state attivate nuove procedure di sostituzione ed implementazione e sono stati programmati nuovi ed importanti investimenti che saranno finanziati con l'art. 20 e che saranno realizzati anche a partire dal 2017.

Si citano di seguito alcuni importanti investimenti per le tecnologie biomediche dei diversi ambiti territoriali dell'Azienda USL della Romagna.

- Sistemi di monitoraggio paziente sia in sostituzione sia in implementazione a garanzia della sicurezza del paziente nel percorso di diagnosi e cura;
- Letti elettrici ad altezza variabile per le stanze di degenza per il percorso di rinnovamento tecnologico finalizzato anche alla soluzione delle problematiche legate al rischio da movimentazione carichi degli operatori;
- Autoproduttori vapore elettrici da collegare alle autoclavi finalizzati al progetto di risparmio energetico.

## 7. Conclusioni

Nei restanti capitoli del presente documento abbiamo reso conto delle azioni e degli interventi realizzati per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 830/2017) e più in generale degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda. Gli stessi indicatori individuati dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna - quali elementi su cui valutare in maniera omogenea le performance conseguite dalle Aziende del territorio regionale - mostrano una situazione che può definirsi positiva per l'Azienda USL della Romagna per la maggior parte dei settori cui si riferiscono, evidenziando la bontà dei risultati raggiunti.

Le criticità che ancora permangono sono al centro della programmazione per l'anno 2018; la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica, l'equità nell'accesso ai servizi, l'integrazione e la trasversalità in tutte le forme possibili, il superamento delle differenze nei comportamenti, nei percorsi, nelle modalità operative e organizzative si confermano come elementi di assoluta priorità.

Abbiamo messo al centro della programmazione con i Dipartimenti di Area Clinica i "percorsi clinici". Da circa un anno abbiamo sostenuto lo sviluppo di ventinove gruppi di lavoro su importanti temi sanitari nell'intento di strutturare percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per assicurare la migliore risposta possibile e in maniera omogenea, coordinata e comprensiva a tutta la nostra popolazione a livello aziendale riducendo la variabilità fra territori e garantendo una presa in carico equa e appropriata.

Si sta procedendo con un monitoraggio attivo di tutti i progetti avviati, mettendo a disposizione del mondo professionale attività di data management, case management, strumentazione e tecnologie per la gestione del meeting multidisciplinare. La strutturazione dei percorsi in maniera univoca a livello aziendale risponde alla necessità di sviluppare e migliorare i servizi di cura per le patologie oncologiche, le patologie croniche, la continuità assistenziale-dimissioni protette, le cure palliative, il percorso nascita, l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico, le attività di donazione d'organi, tessuti e cellule, lo stroke, che richiedono un modello organizzativo multidisciplinare e di gestione clinica integrata.

Il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di ricovero per il rispetto dei tempi standard di accesso, è obiettivo prioritario di questa Azienda attraverso interventi mirati sia sul versante della produzione sia sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, in applicazione alle indicazioni regionali in materia (DGR 1056/2015 e DGR 272/2017).

Sul versante dell'Area Amministrativa e Tecnica, oltre alla tempestiva e congrua definizione della programmazione annuale in tema di manutenzioni ed investimenti, politiche del personale e sviluppo del sistema informativo aziendale, gli interventi si concentreranno prioritariamente in materia di sicurezza dei dati personali per dare effettiva attuazione al Regolamento Privacy UE 2016/679, al completamento del percorso finalizzato al raggiungimento degli standard

organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del bilancio dell'Azienda (PAC) ed alla riorganizzazione del percorso sugli acquisti e la logistica dei beni per garantire sempre maggiore trasparenza dei percorsi e precisa definizione dei fabbisogni.

Sul versante dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, proseguirà l'impegno nell'attuazione degli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione assicurando altresì, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo e l'implementazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. In tema di Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita, sarà necessaria una rimodulazione del piano di lavoro per rispondere alle indicazioni ministeriali e regionali che prevedono, per l'anno 2018, un incremento del numero di aziende da controllare, mantenendo elevato il livello di controllo sui cantieri edili ed in particolare sui cantieri di rimozione amianto oltre al mantenimento di tutte le attività di prevenzione e promozione.

Nell'ambito della sicurezza alimentare particolare attenzione viene posta al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato (PRI) 2016-2018. Il territorio romagnolo è caratterizzato dal notevole sviluppo dell'avicoltura organizzata in filiera con impostazione e gestione di tipo industriale e dalla presenza dei primari stabilimenti di macellazione che operano sia nel mercato nazionale sia in quello internazionale. Questo richiede il massimo impegno e la massima integrazione tra le Unità Operative veterinarie per assicurare i controlli su tutta la filiera produttiva.

Infine e non da ultimo, occorre dare ulteriore impulso al processo di riorganizzazione dei servizi territoriali con un concreto cambiamento nelle modalità di erogazione dell'assistenza primaria e più in generale a tutta l'area dell'integrazione ospedale-territorio e dell'integrazione socio-sanitaria promuovendo, anche in quest'ultimo ambito di intervento, maggiore equità di accesso, uniformità dei percorsi, appropriatezza nella scelta del livello di intensità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona in collaborazione con gli Enti Locali.

In accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, proseguirà il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità e di Cure intermedie, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera e nella consapevolezza che tali strutture rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure.

## 8. Allegati

Alla presente Relazione sulla Performance è allegata la ***“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”*** (che correda la Relazione sulla Gestione a completamento del Bilancio di Esercizio 2017 dell’AUSL della Romagna).

Il documento contiene tutte le informazioni relative alle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 830/2017.



## Relazione sulla Performance 2017 - Allegato 1

### Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 830/2017)

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nella **DGR n. 830/2017** “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2017” evidenzia quanto segue, sulla base di quanto specificamente indicato nell'Allegato B della già citata DGR 830/2017 avente oggetto “*Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2017*”.

Si precisa che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell'Allegato B della DGR 830/2017.

#### 1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

##### 1.1 – Piano regionale della prevenzione 2015-2018

Il Piano Locale Attuativo relativo al Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 dell'Ausl della Romagna, definito e inviato in Regione a gennaio 2016, prosegue nella sua realizzazione nel rispetto di modalità e delle tempistiche attese.

Il gruppo aziendale di coordinamento per il PRP si è incontrato il 31 Gennaio 2017 per l'analisi dei risultati raggiunti nel 2016 e definire la programmazione per il 2017; inoltre, si è riunito una seconda volta il 3 ottobre per la valutazione dell'attività svolta nel primo semestre 2017 per l'individuazione di eventuali criticità e la definizione di opportune azioni correttive da attuare.

In sintesi, nel corso dell'anno 2017 si sono adeguatamente realizzate le azioni previste ed il monitoraggio dei risultati raggiunti ha evidenziato il concreto perseguimento degli obiettivi attesi dal PRP.

Gli indicatori sentinella per cui era previsto un risultato atteso da raggiungere nel 2017 da parte dell'Ausl Romagna erano 55, di questi: 52 prevedevano un monitoraggio a livello locale e 3 a livello regionale.

L'analisi dei 3 indicatori sentinella che prevedevano un monitoraggio e una valutazione regionale:

- Progetto 3.2 - AllattER - Promozione allattamento al seno;
- Progetto 3.5 - Peer online;
- Progetto 6.8 - Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento

conferma il totale raggiungimento degli obiettivi in questione, come ufficializzato alle Aziende da comunicazione del referente regionale del PRP.

Per quanto concerne i restanti 52 indicatori sentinella assegnati alla Ausl della Romagna e monitorati a livello locale, i dati raccolti e le verifiche effettuate al 31 marzo 2018 evidenziano che sono stati conseguiti nella misura di almeno l'80% per 49 di questi (ossia il 94,2%).

Gli altri tre indicatori sentinella non sono stati realizzati in quanto sono tuttora in corso delle attività propedeutiche da parte del livello regionale e in particolare:

- Progetto 3.8 - Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi, la Regione non ha ancora prodotto le linee guida di indirizzo per la realizzazione del progetto e il necessario materiale formativo da utilizzare coi MMG, per cui la formazione non è ancora stata realizzata (1 indicatore sentinella);

- *Progetto 4.9 - Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14 – 25 anni), a livello regionale è ancora in via di definizione il progetto (2 indicatori sentinella).*

Indicatore e target:

Considerando che gli indicatori sentinella per cui è previsto un risultato atteso nel 2017 e visto quanto analizzato sopra si ritiene di aver raggiunto lo standard assegnato dalla DGR 830/2017.

**1.2 - Sanità Pubblica**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha programmato la propria attività attraverso lo strumento dei piani di attività comuni per le UU.OO. afferenti alla medesima disciplina dei 4 ambiti territoriali.

La definizione degli obiettivi ha tenuto conto dei LEA della Prevenzione Collettiva, del PNPV, della DGR 830/2017 e degli altri strumenti programmatori regionali relativi alla prevenzione (PRP, PRI). Per ciascun piano sono stati individuati degli indicatori specifici monitorati trimestralmente. Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti; l'attività su domanda non ha registrato significative differenze rispetto agli anni precedenti

**1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, attraverso il ritorno dei flussi informativi relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo realizzate negli ambienti di vita e di lavoro ha sviluppato un sistema di indicatori interno per monitorare lo stato di avanzamento dei progetti delle UU.OO. del DSP e il grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget.

Nel 2017 è ripartita con input della Regione Emilia-Romagna la sorveglianza di "Passi d'Argento", prevedendo anche il recupero dell'attività 2016. L'obiettivo regionale era pertanto quello di effettuare le interviste del 2017 e recuperare quelle previste nell'anno precedente. Le interviste sono state appaltate - per la prima volta ed a livello regionale - ad una Azienda esterna, la R&B di Modena. In capo alle singole Aziende è rimasta tutta l'attività restante (esclusa appunto l'esecuzione delle interviste) ed in particolare la facilitazione dei percorsi interni all'Ausl, con i Comuni interessati e i MMG, il campionamento, l'aggancio delle persone campionate, le sostituzioni ecc. L'attività relativa al 2016 è stata completata in tutta la Regione con il raggiungimento del 100% delle interviste previste. Nel mese di ottobre è partita la rilevazione 2017, che si è conclusa nei tempi previsti a febbraio 2018 ed è attualmente nella fase di analisi. Le indagini "Okkio alla salute" e "HBSC - Health Behaviour in School aged Children" non sono state oggetto di misurazione nel 2017, in quanto le nuove indagini sono state pianificate per l'anno 2018. Nel corso del 2017 per il sistema di sorveglianza "Okkio alla salute" si sono comunque realizzate attività propedeutiche all'indagine, quali le schede tematiche provinciali.

Indicatore e target:

Per il Registro regionale di mortalità i dati richiesti (anno 2017) sono stati trasmessi nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 ed è stato quindi conseguito l'obiettivo di avere almeno il 95% della completezza dell'archivio al marzo 2018.

Anche i dati relativi alla attività dei programmi di screening oncologici e vaccinazioni sono stati inviati nei termini previsti.

L'Azienda USL della Romagna ha garantito la qualità e la tempistica di realizzazione del programma PASSI per la raccolta di dati e informazioni su stili di vita e utilizzo dei servizi sanitari nella popolazione Romagnola. Le 880 interviste Passi programmate per il 2017 sono state tutte prese in carico ed eseguite entro i tempi previsti (febbraio 2018), come è possibile rilevare dal report Regionale sul monitoraggio Sorveglianza PASSI attività 2017.

### **1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**

Il governo della prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, fortemente presidiato a livello regionale, è garantito in Azienda dal Dipartimento di Sanità Pubblica che svolge il suo mandato sia sulla programmazione sia sulla gestione delle emergenze infettive, attraverso una forma di coordinamento tra le UU.OO. di Igiene Pubblica, per garantire unitarietà degli interventi e allineamento degli strumenti operativi (procedure, istruzioni operative) alle indicazioni regionali.

Tutti i casi di malattia infettiva notificati (4.098) sono stati inseriti nel sistema informativo SMI. Inoltre, sono state eseguite complessivamente 2.360 inchieste epidemiologiche per malattie oggetto di sorveglianza e/o di interesse per la collettività.

Per anticipare la diagnosi e ridurre la diffusione della malattia tubercolare sono state realizzate 5 iniziative formative rivolte a operatori sanitari aziendali e MMG (1 per il territorio di Forlì, 1 per Cesena e 3 per Ravenna); è stata anche verificata l'attuazione del protocollo per la TB all'interno della casa circondariale ed è stato applicato il protocollo di sorveglianza sanitaria per 670 profughi ospitati nei centri di accoglienza del territorio.

#### Indicatori e target:

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM: tutti i casi sospetti di arbovirosi notificati al DSP sono stati testati presso il laboratorio CREEM e notificati in Regione; complessivamente sono stati gestiti 59 casi.
- *Linee Guida regionali per il controllo della legionellosi:* In base ai contenuti delle Linee Guida regionali è stata elaborata la procedura dipartimentale per la gestione delle segnalazioni dei casi di legionellosi e l'esecuzione dell'indagine ambientale ed è stata predisposta una bozza di ordinanza da proporre ai Comuni per il recepimento delle suddette Linee Guida. Nel corso del 2017 non sono state realizzate iniziative formative, che sono state realizzate nei primi mesi del 2018 per la diffusione della procedura ed il confronto sui contenuti. Si evidenzia comunque che già nel mese di dicembre 2016 era stata realizzata un'iniziativa di presentazione delle Linee Guida nazionali a tutto il personale, in attesa del recepimento da parte della Regione.

### **1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale**

Tutte le vaccinazioni previste dal PNPV 2017-19, così come recepito dalla Regione Emilia Romagna, sono state implementate in tutti gli ambiti territoriali, sia per quanto riguarda i vaccini per l'età pediatrica (Meningococco B per i nuovi nati, varicella in età pediatrica, HPV nei maschi nati nel 2006, rotavirus ai

neonati con fattori di rischio) sia per quanto riguarda i vaccini per l'età adulta (Pneumococco per la coorte del 1952, antipertosse per adulti e donne in gravidanza).

Per favorire l'adesione alle campagne vaccinali per gli adulti sono stati programmati incontri con i Nuclei delle Cure primarie. Ne sono stati realizzati 13 prima dell'avvio della campagna antiinfluenzale, coprendo il 100% dei NCP di Ravenna e Rimini.

Relativamente alla nuova normativa sull'obbligo vaccinale, il DSP ha coordinato l'attività delle Unità Operative di Pediatria di Comunità; in tutti gli ambiti territoriali è stata assicurata l'attuazione delle chiamate attive di tutti i minori che risultavano parzialmente o totalmente inadempienti, secondo le scadenze indicate dalla Regione. Al 31.12 .2017 risultavano recuperati circa 6.000 minori.

Indicatori e target:

- *Le coperture vaccinali al 12° mese*, calcolate per 2017 mostrano un significativo aumento rispetto agli anni precedenti e sono superiori al 95%. Solo la vaccinazione antipneumococcica risulta lievemente inferiore (94,8%).
- *Le coperture al 24° mese*, pur risultando significativamente aumentate rispetto all'anno precedente, superano il 95% solo per le “vecchie vaccinazioni obbligatorie” limitatamente agli ambiti di Forlì e Ravenna.
- Per quanto concerne la copertura per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR), permangono le note differenze tra gli ambiti territoriali in conseguenza del forte radicamento dei movimenti no-vax soprattutto nel territorio riminese; ciononostante anche nell'ambito di Rimini si sono riscontrati significativi aumenti dei tassi di copertura (la copertura dell'MPR al 24° mese è aumentata del 4,7% rispetto all'anno precedente e quella al 7° anno dell'1,9%).
- La copertura dell'antiinfluenzale per gli over 65 è ancora in via di definizione ma sarà verosimilmente sovrapponibile a quella della campagna precedente, pertanto al di sotto dello standard prefissato.
- La vaccinazione delle donne in gravidanza ha registrato un significativo aumento delle coperture per antipertosse che sono state 1.425 (contro le 474 del 2016) sui circa 8000 parti verificatisi nell'anno.
- Anche la vaccinazione antiinfluenzale nelle donne in gravidanza ha mostrato un aumento, anche se meno significativo, con 461 vaccinazioni eseguite contro le 370 della stagione precedente.
- Infine, relativamente alla vaccinazione antipneumococcica dei nati nel 1952 che sono stati chiamati attivamente con lettera e indirizzati dal proprio MMG per ricevere la vaccinazione risultano essere stati vaccinati 3.491 soggetti con un tasso di copertura della coorte pari al 26,7%.

#### 1.2.4 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Nel 2017 sono state ridefinite le modalità di attuazione della DGRER 200/2013 per tutte le UUOO del DSP coinvolte nell'attività di vigilanza e controllo con la predisposizione di specifiche procedure e l'individuazione di modalità per assicurare la supervisione e la rotazione degli operatori nelle attività di controllo. In particolare, relativamente agli obiettivi di vigilanza specificati:

- È stato assicurato il mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza negli ambienti di lavoro controllando complessivamente 4.357 Unità Locali (10% delle quali da parte dell'UOIA).
- Sono state espletate tutte le istruttorie relative ad autorizzazione di strutture sanitarie e socio-assistenziali (con un numero complessivo di 367 pareri) ed è stata costantemente aggiornata l'anagrafe delle strutture sanitarie.
- L'attività di controllo delle strutture ricettive, scolastiche e degli impianti natatori ha visto l'utilizzo delle check-list definite a livello regionale che, dopo la sperimentazione attuata nel 2016, sono entrate nell'uso comune e inserite in una forma semplificata condivisa con la Regione nella procedura di vigilanza e controllo delle UUOO ISP (sono state controllate 80 strutture scolastiche, 114 impianti natatori e 176 strutture ricettive).
- Sono state controllate il 50% delle strutture per anziani e disabili con un massimo di 6 PL (94 strutture controllate sulle 190 esistenti).

##### Indicatori e target:

- Per quanto concerne la **Gestione del Rischio Amianto negli ambienti di vita**, sono stati effettuati 265 controlli su segnalazione dei cittadini che hanno portato a 86 proposte di provvedimenti ai Comuni. In questi interventi sono stati controllati 18 siti presenti nel censimento regionale.

E' stata poi fornita assistenza a 1.555 privati cittadini per la rimozione di piccole quantità di cemento amianto.

La **Gestione del Rischio Amianto negli ambienti di lavoro**, ha portato ad esaminare tutti i piani di lavoro amianto presentati (2.745) e ispezionati 418 cantieri di rimozione (ossia il 15,1%; standard atteso  $\geq 15\%$ ).

Nell'ambito di Ravenna, dove è attivo un protocollo di presa in carico degli ex esposti ad amianto, sono state effettuate le visite secondo le Linee Guida nazionali CCM e Conferenza di Helsinki (21 casi).

Gli **interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro** sono stati realizzati seguendo tutte le attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione. Una particolare considerazione meritano le azioni strutturate di assistenza e formazione svolte nei confronti delle scuole, azioni peraltro sostenute da un protocollo di intesa siglato con gli Istituti Scolastici ad indirizzo edile e con la Scuola Edili (Organismo Paritetico) della provincia di Ravenna, dirette sia agli insegnanti che agli studenti, finalizzate all'incremento della cultura della sicurezza dei futuri lavoratori (anche con strumenti operativi quali l'ottenimento del modulo A per RSPP) e dello sviluppo di maggiori capacità (tramite diffusione di informazioni e buone prassi) a far fronte agli adempimenti connessi al DLgs 81/08.

Il **controllo delle case famiglia**, anche a seguito della nota dell'Assessore regionale alle Politiche per la salute PG n. 181896 del 17 marzo 2017, si è sviluppato sulla base di un piano di verifiche delle strutture per anziani e disabili con un massimo di 6 posti letto predisposto dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Usl della Romagna con l'obiettivo di verificare nell'arco di un biennio tutte le strutture presenti nel territorio romagnolo non soggette ad autorizzazione al funzionamento.

Il piano è stato presentato e condiviso con il Coordinamento degli Uffici di Piano, i Direttori di Distretto e il Direttore dell'Assistenza Socio-sanitaria aziendale durante un incontro tenutosi in data 23.03.2017.

Per i controlli è stata utilizzata la check list specifica predisposta a livello regionale.

Di seguito viene riportato il quadro sintetico dell'attività svolta nel corso del 2017 (in cui si sono controllate 94 strutture sulle 190 esistenti, ossia il 49,5%; standard previsto  $\geq 50\%$ ), precisando che un programma di controlli presso le Case famiglia era già in atto precedentemente, trattandosi di strutture particolarmente numerose soprattutto nell'Ambito territoriale di Ravenna. A questo proposito l'Amministrazione comunale di Ravenna aveva approvato nell'aprile 2016 un Regolamento per la vigilanza nelle strutture residenziali per anziani con un numero di ospiti fino ad un massimo di 6 e pertanto in questo territorio parte degli accertamenti nel 2017 sono stati eseguiti congiuntamente a personale della Polizia Municipale anche per la verifica degli aspetti specifici contenuti nel Regolamento.

#### **Attività di controllo - Anno 2017**

AMBITO TERRITORIALE	N. STRUTTURE ESISTENTI	N. STRUTTURE CONTROLLATE	N. PROVVEDIMENTI ADOTTATI
CESENA	22	9	0
FORLÌ	23	12	1
RAVENNA	112	56	15
RIMINI	33	17	0
<b>TOTALE</b>	<b>190</b>	<b>94</b>	<b>16</b>

Nella maggior parte delle strutture controllate non sono state riscontrate non conformità tali da dover ricorrere all'adozione di provvedimenti prescrittivi o restrittivi dell'attività da parte dell'Amministrazione Comunale. Per lo più si è reso necessario acquisire ulteriore documentazione rispetto alle evidenze raccolte durante l'ispezione e quanto richiesto è stato fornito per le vie brevi; alcuni adeguamenti sono stati prescritti direttamente in sede di sopralluogo e realizzati in tempi congrui.

#### **1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**

I piani di attività 2017 di tutte le UU.OO. interessate alla sicurezza alimentare, sanità e benessere animale sono stati predisposti secondo le indicazioni del Piano Regionale Integrato; gli indicatori sono stati monitorati trimestralmente e tutti gli obiettivi a fine anno risultano raggiunti.

Sono state realizzate tutte le azioni previste dalla normativa per il mantenimento della qualifica di territorio indenne per tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica e salmonellosi.

Le attività di controllo sul benessere animale e la farmacovigilanza hanno pienamente rispettato gli standard regionali.

Tutte le informazioni relative al numero di campioni di acqua da prelevare e prelevati nel 2017 sono state inserite nel Portale Acque.



#### Indicatori e target

- *Piano Regionale Alimenti*: sono stati effettuati tutti i campioni previsti, compresi quelli prescritti dalla Regione negli ultimi mesi dell'anno (risultato raggiunto 100%; standard atteso  $\geq 95\%$ );
- *% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti*: 29% degli esistenti (standard atteso  $\geq 15$  o 20% a seconda della specie);
- *% allevamenti controllati per farmacovigilanza e Anagrafe*: 43,3% degli esistenti (standard atteso  $\geq 33\%$ );
- *% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)*: 100% (standard atteso  $\geq 98\%$ );
- informazioni inserite nel Portale Acque: 100%.

#### **1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**

Nel 2017 i medici competenti dell'AUSL della Romagna hanno applicato quanto riportato nel documento redatto dai medici competenti della Regione Emilia Romagna *"Rischio biologico, criteri per l'idoneità dell'operatore sanitario - principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella)"*. Il documento succitato, che ha visto il coinvolgimento in un Gruppo di Lavoro multidisciplinare anche di alcuni Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione delle AUSL della Regione, è stato recentemente adottato con DGR 351 del 12.03.2018 e riporta l'individuazione delle attività lavorative da considerarsi a rischio infettivo, anche per terzi, le vaccinazioni necessarie per svolgere tali attività e le indicazioni per l'idoneità lavorativa.

La valutazione del rischio da agenti biologici a trasmissione ematica deve ritenersi maggiormente diffuso nei reparti di degenza e nelle sale operatorie e interessare tutte le figure professionali sanitarie; il rischio di tubercolosi viene puntualmente e periodicamente valutato sulla base dell'incidenza dei casi di TBC "ricoverati" negli anni precedenti a quello di "osservazione" e viene attribuito a tutti gli operatori "presenti"; infine per morbillo, varicella e rosolia si applicano i criteri di letteratura ripresi nel documento regionale di cui sopra, che prevedono misure di tutela per la salute dei terzi.

Da settembre 2017 i medici competenti dell'AUSL della Romagna hanno iniziato a testare, negli operatori sanitari esposti al rischio specifico, anche l'immunità nei confronti della parotite proponendo la vaccinazione MMR in caso di "non copertura"; l'immunità per morbillo, rosolia e varicella si era già iniziata a testarla a partire dal biennio 2014/15.

I medici competenti dell'AUSL della Romagna sono stati inoltre parte attiva nell'offerta e promozione presso gli operatori sanitari delle vaccinazioni per la rosolia, il morbillo e la parotite (vaccino trivalente MMR), la varicella e l'influenza, tramite anche la somministrazione diretta del vaccino per la campagna antinfluenzale del 2017.

Nel corso del 2017, inoltre, è stato applicato dai medici competenti dell'AUSL della Romagna il protocollo unico per la sorveglianza sanitaria, redatto ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera b) del D.Lgs 81/2008, definito nel 2016 e sono state ufficializzate ed applicate le Linee Guida predisposte dai Medici Competenti



per la formulazione del giudizio di idoneità alla Movimentazione Manuale Carichi e/o Pazienti negli operatori sanitari.

A tal fine, i medici competenti delle Aree Territoriali dell'AUSL della Romagna hanno partecipato come docenti ai 13 corsi di formazione "Sicurezza e Salute per lavoratori della Sanità ( ex Art. 37 del D.Lgs 81/2008) e Principi sulla gestione del Rischio Infettivo", organizzati dalla UO Sviluppo Organizzativo Formazione e Valutazione, incentrando i loro interventi sulla prevenzione delle malattie infettive (rischio biologico).

Sono stati inoltre organizzati 6 corsi di formazione su "Influenza: Aspetti clinici preventivi e assistenziali" anche per incentivare la vaccinazione antinfluenzale fra gli operatori sanitari.

Indicatori e target:

- **copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari: obiettivo  $\geq 34\%$**

il numero di operatori sanitari vaccinati per influenza ammontano a 3.795 con un significativo aumento rispetto alla stagione precedente in cui si erano vaccinati 2.450 operatori. Il tasso di copertura definitivo sarà calcolato dalla Regione in maniera univoca per tutte le ASL. Tuttavia, applicando criteri identici a quelli dell'anno scorso la copertura passerebbe dal 19,8% al 30,7% con un aumento di oltre 10 punti percentuali.

- **realizzazione di 1 modulo formativo sulle malattie infettive**

Nel 2017 sono stati organizzati, a livello aziendale, 6 incontri formativi sulle vaccinazioni con il personale sanitario.

## 2. Assistenza territoriale

### 2.1 – Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

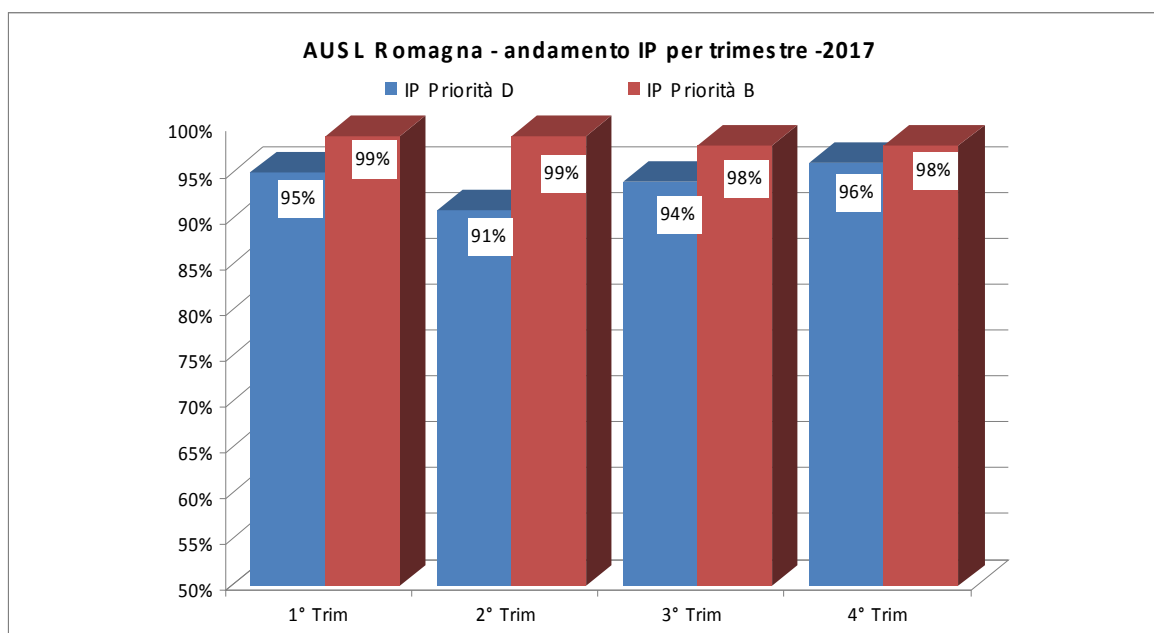
In merito al raggiungimento degli obiettivi indicati a livello regionale nella DGR n. 830/2017 “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2017” e nella DGR n. 1056/2015 “Riduzione delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie” si evidenzia quanto segue.

#### Performance sui tempi di attesa

Il grafico che segue riporta l’andamento dell’Indice di Performance (IP) trimestrale relativo all’insieme delle prenotazioni monitorate all’interno dell’obiettivo regionale (*font: MAPS ex ante*): l’analisi evidenzia come l’IP si sia sempre mantenuto a livelli uguali o superiori al 90% sia per le prestazioni con priorità D sia soprattutto per prestazioni con priorità B.

Questo andamento è confermato su base annuale anche dalla fonte dati regionale InSiDER che indica per il 2017 un IP romagnolo per le visite di primo accesso del 98,21% (IP RER pari a 99,29%) e per le prestazioni di diagnostica del 98,52% (IP RER del 99,52%).

*Indice di performance tempi d'attesa: Monitoraggio trimestrale per Prestazioni con priorit  B e D.  
Ausl della Romagna. Anno 2017*



#### Indicatore e target:

- **Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS): obiettivo  $\geq 90\%$**

Al fine di raggiungere l’obiettivo, l’Azienda ha mantenuto e potenziato i contratti di fornitura con le strutture private accreditate utilizzando flessibilità per quanto concerne i livelli di committenza dei percorsi di garanzia e/o committenza integrativa in relazione all’andamento delle performance rilevate per le prestazioni monitorate.

In parallelo, anche la produzione pubblica ha contribuito al contenimento dei tempi di attesa, programmando una “produzione in regime di Simil Alpi” per le tipologie prestazionali ove era più probabile il manifestarsi o il perdurare di criticità.

Di seguito si riportano i dati relativi alla committenza con strutture private accreditate (Tab. 1) e della attività erogata in regime di Simil Alpi (Tab. 2).

*Tab. 1 - Dati relativi alla committenza con strutture private accreditate. Anno 2017*

Committenza programmata nel 2017 con strutture private accreditate per specialistica ambulatoriale (AIOP+ANISAP)					
volumi totali-prestazioni	valorizzazione economica totale (tariffa nomenclatore)	di cui percorsi di garanzia		di cui incremento offerta ad hoc	
		volumi prestazioni	valorizzazione economica	volumi prestazioni	valorizzazione economica
716.087,00	27.934.043,83	94.580,00	2.970.627,40	56.524,00	2.782.473,42
La committenza comprende pacchetti di riconversione da budget ricoveri pari a € 4.023.327,15 (al netto del ticket)					

*Tab. 2 - Dati relativi all'attività erogata in regime di Simil Alpi. Anno 2017*

AUSL della ROMAGNA- ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE EROGATA IN REGIME SIMIL ALPI- 2017			
Tipologia prestazioni	n° ore	n° Prestazioni	Costo stimato
Diagnostica	14566	36111	€ 842.456,00
Visite	9826	24433	€ 599.140,00
<b>Totale</b>	<b>24392</b>	<b>60544</b>	<b>€ 1.441.596,00</b>

### Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva

In tema di appropriatezza, l'Azienda ha proseguito il lavoro iniziato nel 2016 con i dipartimenti aziendali e con i MMG relativo alla costruzione di linee guida condivise per la prescrizione appropriata di alcune visite specialistiche urgenti differibili che, specificatamente nel 2017, hanno riguardato:

- visita gastroenterologica prioritaria,
- visita ORL prioritaria,
- visita urologica prioritaria,
- visita neurologica prioritaria,
- visita ortopedica prioritaria,
- visita pneumologica prioritaria,
- visita ORL urgente,
- visita nefrologica prioritaria,
- visita reumatologica prioritaria.

E' in fase di elaborazione il documento di condivisione delle indicazioni prescrittive per **Ecocolordoppler Cardiacο prioritario** e **Ecocolordoppler Vascolare** (arterioso e venoso, TSA e AAIL) **prioritario**.

Da quanto sopra quindi si può affermare che nel corso del 2017 si è realizzato un ampliamento del paniere delle Linee Guida al quale i prescrittori possono attingere e che già a fine 2016 contemplava **Visita**

**Cardiologica prioritaria e urgente, Visita Dermatologica prioritaria, Visita Endocrinologica prioritaria, Visita Oculistica prioritaria, Visita Fisiatrice - ambulatoriale e domiciliare - prioritaria e ordinaria.**

Tutte le indicazioni vengono integrate in fase prescrittiva all'interno di alcuni software di cartella (SSI, Doctor2001, Sogepa, Koine, Medico2000), allo scopo di facilitare l'individuazione e la trascrizione in cartella del quesito clinico appropriato ed è in fase progettuale il coinvolgimento degli altri software di cartella attualmente in uso in Romagna (in particolare Millewin e Profim).

### Monitoraggio dell'applicazione DGR n. 377/2016

L'emanazione della L.R. 2/2016 (all'art. 23) e della relativa DGR applicativa n. 377/2016 ha impegnato l'azienda in un processo che ha portato il dato degli "abbandoni" per mancata presentazione dell'utente ad un significativo decremento rispetto agli anni precedenti.

Nel 2017 l'Azienda ha altresì perfezionato e dato impulso operativo alla procedura dell'invio agli utenti del "malus" previsto dalla normativa.

*Abbandoni di prenotazioni. Ausl della Romagna. Anno 2017 vs 2016*

ROMAGNA	2015	2016	2017	delta 2017/2016
N° Abbandoni	218.674,00	187.445,00	30.952,00	<b>-156.493,00</b>

Fonte: U.O Governo Sistemi informativi

#### Indicatori e target:

**- numero di disdette: obiettivo incremento rispetto al 2015**

L'obiettivo è stato raggiunto, avendo riscontrato un incrementato rispetto al 2015 del 17,6% delle disdette.

**- numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente – obiettivo: riduzione nel 2017 rispetto al 2016**

L'obiettivo è stato raggiunto, avendo riscontrato una riduzione rispetto al 2016 del 83,5% degli abbandoni.

### Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante (DGR 704/2013)

I valori dei tassi di consumo per le RM Muscoloscheletriche e TAC Osteoarticolari sono disponibili per il 2017 come valori su 9 mesi proiettati su base annua (fonte InSiDER).

La tabella che segue mostra il confronto con i tassi 2012-15-16 e si può affermare che, pur non avendo raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 20% rispetto al 2012, è evidente una tendenza nel tempo alla diminuzione del tasso di consumo romagnolo che nel 2017, nel confronto con il dato regionale, si posiziona su valori inferiori di consumo per la RMN ed a valori pressoché sovrapponibili per la TAC.

*Indici di consumo RM Muscoloscheletriche e TAC Osteoarticolari .*

*Ausl della Romagna vs Regione Emilia-Romagna.*

		FONTE DATI (inSiDER)				
		2012	2015	2016	2017 (STIMA SU 9 MESI)	DIFF 2012/2017
Andamento tassi RMN colonna e TAC Osteoarticolari						
IND0293 - Indice di consumo std per RM colonna e muscoloscheletriche x 1.000 residenti	ROMAGNA	52,7	55,99	45,46	47,43	-5,27
IND0293 - Indice di consumo std per RM colonna e muscoloscheletriche x 1.000 residenti	Emilia-Romagna	52,9	59,92	48,73	51,21	-1,69
IND0294 - Indice di consumo std per TAC osteoarticolari x 1.000 residenti	ROMAGNA	7,3	7,67	6,73	6,99	-0,31
IND0294 - Indice di consumo std per TAC osteoarticolari x 1.000 residenti	Emilia-Romagna	6,1	6,12	5,47	6,03	-0,07

L'analisi del prescritto (dematerializzata) all'interno del "motore semantico" mette in evidenza nel confronto tra prescrizione 2016 e 2017 un aumento quantitativo che, pur non comportando nel 2017 un tasso romagnolo superiore al quello regionale (anzi inferiore per la RM) è comunque presente. A tale specifico riguardo le dinamiche prescrittive - che sono espressione anche della naturale tendenza all'incremento della domanda - vedono attribuire, in termini relativi, l'incremento delle prescrizioni sia alla compagine degli MMG (che rimane quantitativamente la più rilevante) che a quella degli specialisti pubblici e che nel 2017 hanno aumentato l'utilizzo della *prescrizione dematerializzata*.

Indicatori e target:

- **Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nel 2017 versus 2012: obiettivo riduzione  $\geq 20\%$**

L'indice di consumo di RM si è ridotto del 5,3% mentre l'indice di consumo di TC osteoarticolari è diminuito dello 0,3%. Tuttavia, dai dati provvisori del 2017 tali indicatori appaiono entrambi superiori al valore complessivo regionale, seppur in crescita rispetto al 2016.

**Prescrizioni e prenotazione controlli**

Il dato 2017 relativo alle prescrizioni dematerializzate emesse dagli specialisti marca un incremento del 11,4% di ricette dema rispetto al 2016.

Si ritiene quindi che il processo della presa in carico da parte dello specialista, per quanto avviato ma non ancora pienamente a regime in tutte le sue sfaccettature, abbia iniziato a dare evidenze quantomeno in termini tendenziali.

Indicatore e target:

- **numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA/ARMP/DEMA): obiettivo: incremento rispetto al 2016.**

L'analisi della banca dati DEMA mostra un incremento anche nel 2017 delle prescrizioni effettuate direttamente da specialisti (+11,4%)

Incremento delle prescrizioni degli specialisti			
N° prescriz.	Verifica eseguita sulle ricette DEMA		
	2015	2016	2017
	71.616	706.247	787.092

Fonte: UO Governo dei Sistemi Informativi – Ausl della Romagna

**Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale**

La fotografia a luglio 2017, per ogni territorio afferente all'Azienda, mostra la seguente situazione dell'indicatore, situazione che si ritiene verosimilmente invariata a tutt'oggi.

La percentuale di prestazioni prenotabili sulla piattaforma CUPWEB rispetto a tutte le prestazioni prenotabili a CUP (denominatore = totalità delle prestazioni disponibili a CUP in ogni territorio) è la seguente:

- Ambito di Cesena = 83,18%
- Ambito di Forlì = 96,16%
- Ambito di Ravenna = 82,63%
- Ambito di Rimini = 92,00%

E' opportuno precisare che a dicembre 2017 in seno all'Osservatorio Regionale sui tempi di Attesa, al fine di stabilire una base comune di prestazioni su cui valutare in futuro il raggiungimento dell'obiettivo, si è deciso di lavorare su di una rosa di prestazioni pari a n° 538 (intese come insieme di prestazioni che risultano configurate a CUPWEB da almeno un'Azienda). Ogni azienda sta ora lavorando per la propria ricognizione di dettaglio secondo un griglia di informazioni richieste dall'Osservatorio stesso.

## **2.2 - Le Case della salute e Medicina di Iniziativa**

### **Attuazione DGR 2128/2016 - "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa"**

L'azienda USL della Romagna nel corso del 2017 si è impegnata a dare una prima attuazione alle linee guida contenute nella DGR 2128/2016. E' peraltro in fase di attivazione nei vari ambiti provinciali un processo di valutazione delle Case della Salute esistenti per identificare quelle da destinare ad HUB (medio-alta intensità) e quelle da destinare a SPOKE (bassa intensità).

L'operazione appare complessa in quanto le Case della Salute in Romagna sono spesso situate in vallate, con bassa densità di popolazione, il che rende difficile raggiungere i parametri di popolazione previsti dalla DGR, se non aggregando Case della Salute distanti fra loro e situate in vallate diverse. Di alcune Case della Salute, già identificate come ad alta intensità sono state individuati i responsabili organizzativi (vedasi indicatori), di alcune a bassa intensità i referenti. In diverse Case della Salute sono state attuate, o comunque avviate, iniziative che hanno visto il coinvolgimento della comunità e l'integrazione con i Servizi Sociali: buona parte di queste iniziative sono state collegate all'avvio e alla diffusione della metodologia della Medicina d'Iniziativa per le persone con patologie croniche, o comunque fragili e a rischio, e riguardano l'attuazione di iniziative volte a coinvolgere le comunità, le associazioni di volontariato e singoli cittadini in percorsi di promozione di sani stili di vita (gruppi di cammino e percorsi di educazione alimentare per fare i due esempi più diffusi) e di contrasto all'isolamento.

Particolare attenzione è stata volta a integrare queste iniziative con i progetti promossi dal DSP in attuazione del PRP e di progetti specifici quali ad esempio "Guadagnare Salute".

La gestione delle persone con patologia cronica secondo il modello ispirato al Chronic Care Model per diabete è stato attivato in tutte le Case della Salute ed il percorso dello scompenso cardiaco è stato avviato nella maggioranza degli ambulatori della cronicità. Per la presa in carico della BPCO è stata attivata la sperimentazione in alcuni ambulatori con la formulazione dei relativi registri di patologia e conseguente validazione da parte dei MMG, chiamata attiva in sede per la spirometria con personale infermieristico opportunamente formato direttamente in UO Pneumologia e presa in carico delle persone secondo modalità concordate tra Cure Primarie e UO Pneumologia. Per ogni paziente si è provveduto a redigere una cartella ambulatoriale infermieristica e, in condivisione con il MMG di scelta, sono stati eseguiti gli accertamenti previsti.

#### Indicatori e target:

- **Percorsi multidisciplinari attivati nelle case della salute, in integrazione con i MMG e gli specialisti ospedalieri e territoriali di riferimento:**

#### AMBITO DI RIMINI

Nelle diverse CdS sono attivi i seguenti percorsi multidisciplinari: Screening per la prevenzione del piede diabetico (itinerante in più CdS), Gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 secondo il PDTA, Scompenso cardiaco cronico, BPCO (in una CdS).

I pazienti presi in carico complessivamente nei diversi percorsi sono stati:

Screening piede diabetico: 890

Diabete di tipo 2: 188

Scompenso cardiaco: 162

BPCO: 10 (iniziato da novembre 2017)

#### AMBITO DI RAVENNA

Nelle principali CdS sono attivi i seguenti percorsi multidisciplinari: Gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 secondo il PDTA, Scompenso cardiaco cronico/Post-IMA, Rischio di ospedalizzazione, Rischio Cardiovascolare, Progetto sperimentale "Integrare i servizi di Salute Mentale nelle Cure Primarie".

#### AMBITO DI FORLÌ-CESENA

Nelle CdS sono attivi i seguenti percorsi multidisciplinari: Gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 secondo il PDTA, Scompenso cardiaco cronico, Rischio di ospedalizzazione, Rischio Cardiovascolare, attivazione presso Casa della Salute di Predappio della terza cronicità in aggiunta alle due già attive dagli anni precedenti.

N° prese in carico totali 310, di cui per singola cronicità:

Diabete: visite n. 311; persone n. 152

Scompenso cardiaco: visite n. 268; persone n. 158

BPCO: visite n. 9; utenti n. 9

Sul territorio di Cesena si è anche avviata nelle CdS della Costa (Cesenatico) e San Piero in Bagno una sperimentazione (MMG-Specialista) su Scompenso e BPCO.

#### **- Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case della Salute attive - obiettivo = 100%**

Già dal 2016, in due Case della Salute (Forlimpopoli e Novafeltria) è stato individuato il Responsabile Organizzativo di Struttura rappresentato da un Coordinatore Infermieristico con Posizione Organizzativa.

Va precisato che nell'ambito della riorganizzazione complessiva aziendale ed in specifico dell'assetto organizzativo della Direzione Infermieristica e Tecnica, sono in corso le procedure selettive per l'individuazione dei responsabili organizzativi di struttura delle Case della Salute che completeranno al 100% l'indicatore.

#### **- Numero Case della Salute a media/alta intensità con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case della Salute a media/alta intensità attive - obiettivo = 100%**

Nella CdS di Savignano (a media/alta intensità) è operativo un gruppo di lavoro sull'orientamento ai servizi.

Nell'ambito di Forlì è operativo un gruppo con il compito di attribuire la tipologia di CdS (bassa, media e alta intensità) secondo le linee di indirizzo clinico-organizzative (DGR 2128/2016)

#### **- numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive (obiettivo 100%)**

In tutte le Case della Salute sono stati attivati ambulatori infermieristici (100%) per la presa in carico integrata delle patologie croniche (diabete, scompenso, BPCO).

Nella tabella a seguire la dotazione organica infermieristica per gli ambulatori con presa in carico integrata delle patologie croniche suddivisa per ambito.



TABELLA RIEPILOGATIVA PERS. INF. PRESENTI NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI (cronicità e prestazionale)					
	FO	CE	RA	RN	TOTALE
<b>Ambulatori infermieristici Cds</b>	11,7	4	22	5,5	43,2
Il dato riporta le teste inf equivalenti					

**- Numero di Case della Salute con impiego degli strumenti PACIC e ACIC (obiettivo  $\geq 2$ )**

Nel complesso sono stati somministrati 526 questionari di gradimento (PACIC) agli utenti dell'ambulatorio cronicità di tre CdS: Novafeltria, Morciano e Santarcangelo nel periodo compreso fra febbraio e luglio 2017.

Sono anche stati somministrati i questionari ai professionisti (ACIC) presso la CdS di Folimpopoli/Bertinoro.

### Implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER)

Gli obiettivi perseguiti nell'alveo della presa in carico della fragilità\complessità, con specifico riferimento al progetto regionale *"Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)"*, sono stati quelli di sistematizzare e omogeneizzare i percorsi per la presa in carico delle cronicità e favorire il miglioramento dell'accessibilità e della presa in carico basata sui principi della medicina di iniziativa secondo l'approccio della Population Health Management.

Tale azione ha comportato l'implementazione di soluzioni innovative a supporto del miglioramento dei percorsi, nello specifico dei Profili di Rischio Individuali Risk-ER, oltre al coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nelle scelte e nella gestione del Piano di cura Personalizzato e al coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti e delle risorse della Comunità Locale.

Il progetto è stato implementato nel 2016 presso la CdS di Forlimpopoli ed è proseguito attraverso le seguenti azioni: rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati, valutazione multidisciplinare dei singoli profili di rischio (alto e molto alto) con i MMG, Infermieri e Assistenti Sociali e ciò ha permesso l'attivazione di interventi di medicina di iniziativa, prevenendo episodi di riacutizzazione ed un migliore utilizzo dei ricorsi ai servizi sanitari.

Nello specifico report di analisi dei dati si rileva:

- miglioramento degli esiti di salute e ricorso appropriato alle cure (Tasso Ricoveri -0,76) per condizioni sensibili ai trattamenti ambulatoriale;
- diminuzione del 20,9% di accessi al pronto soccorso rispetto alla rilevazione precedente;
- incremento dell'invito ad aderire ai programmi di gestione integrata per la cronicità.

Un ulteriore esito indiretto legato a questa attività è dato dalla multidisciplinarietà come risposta più appropriata ai diversi bisogni sociosanitari della popolazione. E' in programma l'estensione del progetto con l'utilizzo dei Profili di Rischio anche presso la Casa della Salute di Predappio, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale.

Nella CdS di Cesenatico è stata avviata la progettualità, condivisa con i MMG ed il personale infermieristico, definita con il supporto del Servizio Territoriale della Regione, la quale è stata presentata in uno specifico incontro tenutosi nel mese di dicembre 2017.

Anche nella CdS di Russi è stato avviato il progetto con individuazione dei setting appropriati in merito alle problematiche assistenziali ed invio dei pazienti nei setting adeguati (assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico della cronicità, riconciliazione farmacologica, ecc...).

### **Progetto regionale “Lettura integrata del rischio cardiovascolare”**

Nella Casa della Salute di Predappio, in cui il progetto è attivo dal 2016, è stata garantita la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (maschi: 45 anni; femmine: 55 anni).

#### Indicatori e target:

- **Numero assistiti con esito chiamata attiva = “accettato”/Numero assistiti con chiamata attiva = “accettato” + “rifiutato”**

Gli assistiti che hanno esito “accettato” alla chiamata attiva sono stati 70/78, pari al 89,7% dei chiamati.

Nella Casa della Salute di Cesenatico, in cui il progetto è stato attivato invece nel 2017, è stato assicurato il completamento della chiamata attiva da parte dell’infermiere delle persone target (maschi: 45 anni; femmine: 55 anni).

#### Indicatori e target:

- **Numero assistiti chiamati attivamente (uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni)/Numero assistiti eleggibili**

Gli assistiti chiamati attivamente sono stati 198/198, ossia il 100% dei soggetti eleggibili.

- **Numero assistiti con esito chiamata attiva = “accettato”/Numero assistiti con chiamata attiva = “accettato” + “rifiutato”**

Gli assistiti che hanno esito “accettato” alla chiamata attiva sono stati 105/197, pari al 53% dei chiamati.

Infine, presso la CdS di Santarcangelo è proseguito il progetto già avviato nel 2016, con la rivalutazione dell'efficacia degli interventi effettuati sui pazienti già segnalati e individuazione di nuovi pazienti ad alto rischio, per i quali è stata effettuata la valutazione congiunta da parte dell'infermiere case-manager, del MMG e dell'assistente sociale, con successivo, ove opportuno, invio del paziente agli ambulatori di presa in carico della cronicità e/o reinvio allo specialista di riferimento per la rivalutazione terapeutica, in particolare verso l'Ambulatorio di Riabilitazione cardiologica.

## **2.3 - Ospedale di Comunità**

Nell'ambito del piano di riordino ospedaliero dell'Ausl della Romagna è stata effettuata anche l'analisi delle strutture riconvertibili in Ospedali di Comunità (OsCo), che al momento sono presenti solo sull'ambito territoriale di Forlì-Cesena.

Il percorso di accesso all'OsCo segue le modalità previste dalla DGR 221/2015. L'accesso è regolato secondo valutazione multidimensionale (UVM) per pazienti che provengono dall'Ospedale o attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta dal medico di medicina generale/infermiere ADI. In fase di accesso il medico e l'infermiere case-manager dell'OsCo effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati e le figure coinvolte nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) con la partecipazione attiva del paziente e del care-giver.

Il numero dei ricoveri complessivi risulta in progressiva crescita: da n. 604 nel 2015 a n. 814 nel 2017. La durata media di degenza degli OsCo della Romagna si attesta sui 20 giorni e la percentuale di outlier (degenza oltre le 6 settimane) è in continuo miglioramento, passando da 8,7% del 2015 a 5% del 2017. Anche il dato riferito ai decessi è in decremento, dal 6% del 2015 al 3,9% del 2017, in particolare negli OsCo di Forlimpopoli e Savignano sul Rubicone anche perché in quelli di Modigliana e Mercato Saraceno, sedi più distanti dagli Hospice di riferimento, vengono ospitate anche persone nella terminalità di vita.

In particolare Forlimpopoli, che rappresenta l'OsCo a maggior impatto assistenziale in relazione a modello e numero di posti letto, la degenza media si è attestata nel 2017 a 17,9 e il numero dei ricoveri ha subito un incremento (+49) da n. 494 del 2015 a n. 543 del 2017. L'indice di occupazione del posto letto per Forlimpopoli ha subito una variazione di + 2,6% nel 2016, ma il dato non è ancora disponibili per il 2017.

Tra gli indicatori va descritto all'ingresso la presenza di un basso indice di autonomia funzionale (Barthel: media 19,3), con un netto miglioramento alla dimissione (delta 28,4). Nonostante la fragilità funzionale ancora presente alla dimissione (media 47,6) è presente una percentuale di dimessi al domicilio dell'83% reso possibile dall'integrazione professionale realizzata all'interno, ma garantita dal governo del percorso che va dall'ospedale per acuti al domicilio.

Per Modigliana positivo è stato l'intervento riorganizzativo iniziato nel 2017 e che continuerà nel 2018, che ha visto aumentare il numero ricoveri dal 2015 al 2017 da n. 71 a n. 144.

#### Indicatori e target:

- **Percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri (2016 30%): per il 2017 atteso 50%**

Le proposte di ricovero effettuate attraverso UVM sono state 517 su un totale di 814 ricoveri, ossia il 63,5% (flusso SIRCO 2017).

- **Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità**  
L'ambito di Cesena ha avviato una nuova analisi progettuale di sviluppo degli OsCo di Mercato Saraceno e Savignano sul Rubicone, congiuntamente al Direttore di Distretto, al Direttore di Dipartimento, al Responsabile infermieristico e all'Ufficio Tecnico.

Anche nell'ambito di Forlì, per l'Ospedale di Comunità di Modigliana, si è avviata un'analisi delle modalità di ingresso non più vincolate all'invio da MMG ma anche da Dimissione Protetta dall'Ospedale.

Nell'ambito di Rimini è stato individuato il modello organizzativo dell'OSCO, di cui è prevista l'apertura presso la Casa della Salute di Santarcangelo per un totale di 8 PL e presso l'Ospedale di Novafeltria per un totale di 4 PL.

Anche per l'ambito di Ravenna è stato individuato il modello organizzativo dell'OSCO, di cui è prevista l'apertura presso la Casa della Salute di Brisighella per un totale di 15 PL nel 2019.

- **% PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/numero PAI – obiettivo = 100%**

Dato al momento non disponibile, ma verosimilmente non sarà raggiunto l'obiettivo del 100% di PAI redatti congiuntamente ai pazienti e/o caregivers.

- **Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 2016 20,48) – obiettivo <= 20 giorni**

La degenza media rilevata nel 2017 nei 4 Ospedali di Comunità attivi in Ausl Romagna è stata pari a 20 giorni.

## **2.4 - Valutazione e qualità delle Cure Primarie**

### **Profili di NCP**

Nel 2017 è stato perseguito l'obiettivo del miglioramento della qualità della gestione dei pazienti con BPCO, mediante l'elaborazione condivisa MMG-PNEUMOLOGI e l'applicazione in tutti i NCP dell'AUSL Romagna del Documento di Indirizzo Aziendale per la corretta gestione dei pazienti con BPCO.

Focus del documento è la corretta impostazione della terapia farmacologica della BPCO nei vari step di aggravamento e riacutizzazione della patologia, con particolare riferimento all'adesione del paziente e alla continuità della cura.

Indicatori e target:

**- progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario on-line sui NCP) nei NCP aziendali**

L'azienda ha aggiornato costantemente, secondo le scadenze indicate dalla RER, la banca dati relativa ai percorsi assistenziali presenti, attraverso la compilazione on-line dei questionari sui NCP.

## **Osservatorio Cure Primarie**

Indicatori e target:

**- Aggiornamento dei dati nell'anagrafe delle Case della Salute per tutte le Case della Salute**

Nel 2017 è stata completata l'anagrafe di struttura di tutte le Case della Salute con l'inserimento dei dati richiesti relativamente all'attività e all'organizzazione.

### **2.5 - Assistenza protesica**

L'azienda USL della Romagna ha predisposto, sulla base del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", apposito albo aziendale dei medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili pubblicato con delibera del Direttore Generale n° 602 del 29 dicembre 2017.

### **2.6 - Cure Palliative**

Il percorso per la costituzione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della AUSL Romagna si è avviato con la definizione di un Tavolo di lavoro multidisciplinare e multi professionale a cui hanno partecipato esponenti della direzione strategica e sanitari delle cure palliative.

Il Tavolo, partendo da un censimento dell'esistente, ha individuato i bisogni per ogni ambito territoriale (ex aziende di Ravenna, Cesena, Forlì, Rimini) consentendo di valorizzare le buone esperienze e individuare eventuali criticità o bisogni.

Questo processo di condivisione ha consentito di giungere alla definizione di un modello organizzativo che prevede una rete unica aziendale della AUSL della Romagna in cui sono inseriti l'IRCCS IRST di Meldola, gli Hospice di Ravenna e Dovadola (privato accreditato).

Il modello prevede che in ogni Ambito Territoriale (Ravenna, Cesena, Forlì, Rimini) vi sia la presenza dei 4 nodi: Hospice - Domicilio per cure di base (Tad 6) e cure specialistiche (Tad 7) - Ambulatorio di Cure Palliative - Consulenza in Ospedale per garantire equità di accesso in tutto il Territorio, unità di valutazione multi professionale all'ingresso alla rete, case manager di rete.

Il programma attuativo è stato quindi riportato in un specifico documento : LA RETE LOCALE cure palliative (RLCP) della Romagna Documento procedurale a cura del Tavolo Cure Palliative AUSL ROMAGNA V5 31/07/2017, che prevede anche la temporizzazione dei diversi passaggi attuativi, tramite un GANNT che si sta attuando con aderenza ai tempi previsti.

Il suddetto gruppo di lavoro ha inoltre prodotto una valutazione atta a valorizzare secondo le modalità consentite, la necessaria integrazione da parte delle Associazioni del Terzo Settore.

La Direzione Infermieristica Aziendale ha effettuato un monitoraggio delle necessità assistenziali per porre in atto la riconversione organizzativa necessaria alla diffusione sistematica delle UCPD su tutti gli ambiti aziendali, vale a dire l'individuazione di personale infermieristico dedicato alle CP. Sono in via di attuazione le procedure per completare la prima tappa di questo percorso, ossia l'acquisizione di 5 Case manager di Rete su tutta la AUSL Romagna. L'assetto riorganizzativo è stato prodotto in un documento (Assetto organizzativo infermieristico Rete Locale Cure Palliative AUSL Romagna, 14/07/2017), che prevede al proprio interno anche una sezione formativa.

In questa sezione del documento è descritto un programma formativo integrato che prevede il coinvolgimento sia del personale che entrerà nella RLCP (per esempio, MMG, o infermieri che in passato non erano dedicati alla Rete stessa), sia di quello che dovrà indirizzare i pazienti al Punto di Accesso alla Rete.

Infine, mentre il flusso informativo Hospice è già a regime da tempo, sono in corso gruppi di lavoro misti tra cure palliative e cure primarie per verificare le modalità più adeguate di rilevazione dei dati, di inserimento degli stessi, e di codifica tale da potere rispondere in modo adeguato al debito informativo Regionale, secondo il flusso innovativo che prevede la identificazione di una TAD 6 e di una TAD 7 specifici per le cure palliative domiciliari.

#### Indicatori e target

- **Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale). Target: valore in diminuzione rispetto all'anno precedente di almeno il 5%**

La percentuale di decessi per malattia oncologica occorsi in ospedale in Ausl Romagna nel corso del 2017 è diminuita del 1,67%, non raggiungendo l'obiettivo prefissato dalla Regione ed evidenziando alcune difficoltà della Rete di Cure Palliative nell'attuare una corretta presa in carico dei malati terminali oncologici. A livello regionale la diminuzione è invece pari al 10,8%.

- **Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore. Target:  $\geq 60\%$**

L'indicatore è in fase di elaborazione; non appena sarà disponibile il ritorno informativo in SIVER verranno effettuate le opportune valutazioni. Nel corso del 2016 la percentuale di deceduti per tumore assistiti dalla rete cure palliative era stata del 65%, rispetto al 63,6% di media regionale.

- **Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti a domicilio), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. Target:  $\leq 25\%$**

In Ausl Romagna il numero di ricoveri di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni rientra nell'obiettivo previsto di attestarsi al di sotto del 25%, essendo tale valore pari al 22,5%. La performance risulta migliore anche del 24,9% registrato a livello regionale.

#### **2.7 - Continuità assistenziale – dimissioni protette**

Nell'anno 2017 è stato costituito un tavolo di lavoro con la finalità di definire le modalità di attivazione, programmazione ed esecuzione delle attività del Nucleo di Continuità Ospedale/Territorio (NuCOT) al fine di garantire una gestione centralizzata dei flussi dei pazienti in uscita dall'ospedale e quindi la realizzazione di percorsi appropriati di continuità assistenziale dall'ospedale verso i diversi setting territoriali. A tal fine è stato avviato un progetto che prevede l'attivazione di una équipe - composta da infermiere case manager, assistente sociale e medico - con la finalità di governare e monitorare il processo di dimissione protetta

verso il domicilio e le strutture cerniera (lungodegenza, OsCo, CRA temporanee – AAA, CRA definitive), attraverso il coinvolgimento del paziente e della famiglia.

L'obiettivo prioritario è stato quello di individuare un percorso omogeneo a livello aziendale per la gestione delle dimissioni protette e favorire la continuità assistenziale a pazienti complessi pluripatologici con difficoltà dimissoria e facilitare i flussi in uscita dall'ospedale, contribuendo anche al problema del sovraffollamento ospedaliero.

Il gruppo di lavoro, che ha visto partecipare una rappresentanza delle Direzioni dei Distretti e dei Dipartimenti di Cure Primarie e Medicina di Continuità, dei Responsabili DIT, dei professionisti responsabili della gestione operativa e centralizzata dei flussi pazienti, medici e infermieri delle aree cliniche maggiormente coinvolte, ha raggiunto i seguenti sotto obiettivi:

- definizione dei criteri di eleggibilità per i diversi setting di cure intermedie, che ha richiesto inoltre l'attivazione di specifici tavoli di confronto con l'area della riabilitazione e delle cure palliative;
- elaborazione di una procedura aziendale per descrivere le modalità di attivazione e funzionamento di un Nucleo per la Continuità Ospedale e Territorio (NuCOT), individuazione del Case Manager, individuazione di strumenti operativi a supporto di tali attività, nonché gli indicatori del cruscotto da monitorare;
- elaborazione di una scheda continuità ospedale-territorio inserita nella documentazione informatizzata del paziente che sarà implementata a livello aziendale con la versione aggiornata della sezione medica e infermieristica nei primi mesi del 2018

Quanto realizzato e definito a livello aziendale rappresenterà oggetto di ulteriore sviluppo nell'anno 2018, in particolare, attraverso una progettazione formativa omogenea a livello aziendale rivolta sia ai professionisti responsabili della gestione operativa e centralizzata dei flussi pazienti (Bed Manager, equipe multidisciplinare del NuCOT,.....), sia a medici e infermieri delle UU.OO. ospedaliere e territoriali.

#### Indicatori e target:

- ***N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera – target = 45% (indicatore Siver)***

In Ausl Romagna la percentuale di prese in carico realizzate entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera si attesta al 36,02%, pertanto non raggiungendo lo standard fissato dalla Regione. Un'analisi dettagliata per distretto mostra una notevole variabilità con prese in carico tempestive che vanno dal 49% del distretto di Lugo (che quindi raggiunge l'obiettivo superando anche la media regionale che è pari a 42%) fino al 29,5% del Distretto di Riccione.

Lo sviluppo del suddetto percorso NuCOT – del quale si vedranno gli effetti a partire dal 2018 - è orientato proprio a superare le difformità territoriali oltre che a migliorare la performance complessiva aziendale, per favorire la continuità assistenziale sui pazienti.

## **2.8 - Percorso nascita**

L'Azienda dal 2016 ha adottato i protocolli per l'assistenza appropriata alla nascita che hanno definito l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza.



Il monitoraggio dell'applicazione dei protocolli STAM e STEN nel corso del 2017 si è realizzato attraverso l'effettuazione di 2 audit interdipartimentali (a maggio e a novembre), dai quali è emersa una buona adesione complessiva ai percorsi. Inoltre, mensilmente il programma informatizzato STAM invia un report della casistica trattata.

L'assistenza alla gravidanza e al puerperio, attraverso la promozione dell'assistenza ostetrica alla fisiologica e di percorsi integrati sulla patologia, è garantita nei consultori dell'azienda attraverso professionisti che hanno partecipato ai corsi di formazione regionale.

La "scheda scelta del parto" è in uso su tutto il territorio aziendale. In particolare, nell'ambito di Rimini nel 2017 sono state utilizzate sistematicamente le cartelle regionali con allegata la scheda e sono state implementate e revisionate le procedure atte a migliorare i percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio, prestando particolare attenzione a gravidanza a termine e gravidanza a rischio.

Nel territorio di Ravenna la scheda viene condivisa già da tempo con la donna, compilata dalla stessa e consegnata all'ambulatorio del punto nascita dove la donna andrà a partorire.

#### Indicatori e target:

##### **- Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti: obiettivo $\geq 47,8\%$ (flusso CEDAP)**

In Ausl Romagna la percentuale di donne assistite dai consultori familiari ha raggiunto l'obiettivo, attestandosi a livello complessivo al 49,23%, con valori che sul presidio ospedaliero di Lugo (46,93%) e Rimini (44,58%) si attestano di poco al di sotto dello standard previsto.

Occorre tuttavia evidenziare che i dati monitorati internamente dai consultori presentano percentuali di gravide assistite superiori, pertanto risulta necessario approfondire l'analisi sulla qualità e completezza dei dati raccolti con la scheda per il flusso CedAP.

#### *Numero gravide assistite dai consultori familiari pubblici per punto nascita. Anno 2017*

<b>Punto nascita</b>	<b>CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO</b>	<b>TOTALE</b>	<b>% assistite sul totale parti</b>
OSPEDALE FAENZA	240	437	54,92
OSPEDALE LUGO	199	424	46,93
OSPEDALE RAVENNA	746	1.538	48,50
OSPEDALE CESENA	946	1.932	48,96
OSPEDALE FORLÌ	671	1.107	60,61
OSPEDALE RIMINI	1.197	2.685	44,58
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>3.999</b>	<b>8.123</b>	<b>49,23</b>

Fonte: Flusso CedAP, Regione Emilia-Romagna

La promozione all'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita - in particolare per nullipare e fasce deboli della popolazione - è favorita dalla collaborazione dei MMG, che sono stati opportunamente informati e sensibilizzati sulla tematica.

#### Indicatori e target:

##### **- % di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare - obiettivo $\geq 54,8\%$ (media regionale 2016)**

Il dato complessivo aziendale di donne nullipare residenti in Ausl Romagna che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita è del 64,6%, pertanto decisamente al di sopra dell'obiettivo fissato e anche del valore medio regionale fermo al 57,6%.

L'obiettivo a livello distrettuale non è raggiunto esclusivamente sul territorio di Lugo, in cui tuttavia la percentuale si ferma al 53,8%, molto vicino al valore atteso.



*Numero nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita per distretto di residenza. Anno 2017*

Distretto di Residenza	Nullipare che hanno partecipato ai corsi	Totale nullipare	% nullipare che hanno partecipato ai corsi
DISTR. RAVENNA	367	624	58,8%
DISTR. LUGO	184	342	53,8%
DISTR. FAENZA	176	299	58,9%
DISTR. FORLÌ	363	595	61,0%
DISTR. RUBICONE	205	320	64,1%
DISTR. RIMINI	548	799	68,6%
DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	306	378	81,0%
DISTR. RICCIONE	272	388	70,1%
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>	<b>2.421</b>	<b>3.745</b>	<b>64,6%</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>8.551</b>	<b>14.854</b>	<b>57,6%</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

**- % di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/dei parti di donne straniere – obiettivo  $\geq 22,3\%$  (media regionale 2016)**

Il dato complessivo aziendale di donne straniere nullipare residenti in Ausl Romagna che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita è del 32%, anche in questo caso la performance si attesta al di sopra dell'obiettivo fissato e anche del valore medio regionale del 25,5%.

Anche per questo indicatore l'obiettivo a livello distrettuale non è raggiunto sul territorio di Lugo, cui si aggiunge anche quello di Faenza, con percentuali comunque a ridosso del valore atteso.

Per facilitare l'accessibilità alle donne straniere, che rispetto alle donne residenti contano molto sulla possibilità di farsi accompagnare dal partner, si è cercato di riorganizzare il servizio in termini di orari, sedi, giornate (ad esempio sabato mattina o pomeriggio infrasettimanale).

*Numero straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita per distretto di residenza. Anno 2017*

Distretto di Residenza	Straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi	Totale straniere nullipare	% straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi
DISTR. RAVENNA	55	159	34,6%
DISTR. LUGO	18	83	21,7%
DISTR. FAENZA	15	78	19,2%
DISTR. FORLÌ	37	144	25,7%
DISTR. RUBICONE	30	94	31,9%
DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	29	62	46,8%
DISTR. RIMINI	64	181	35,4%
DISTR. RICCIONE	30	68	44,1%
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>	<b>278</b>	<b>869</b>	<b>32,0%</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>942</b>	<b>3.698</b>	<b>25,5%</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

L'Azienda garantisce in tutte le sedi – dall'ultimo trimestre dell'anno - l'offerta ambulatoriale di Test Combinato al fine di soddisfare la completa copertura delle richieste provenienti dalle donne seguite dai Consulenti pubblici, così come previsto nei nuovi LEA. Nel corso del 2017, il numero di Test Combinati erogati nei servizi del settore pubblico sono stati i seguenti (Fonte: Laboratorio Ausl della Romagna<sup>8</sup>):

- Nel territorio di Forlì sono stati eseguiti 585 Test Combinati
- Nel territorio di Cesena sono stati eseguiti 457 Test Combinati
- Nel territorio di Rimini sono stati eseguiti 775 Test Combinati
- Nel territorio di Ravenna sono stati eseguiti 942 Test Combinati

che nel complesso rappresentano circa il 34% dei parti effettuati in Azienda.

A livello aziendale, nel corso del 2017, è stata migliorata anche l'offerta delle metodiche del controllo del dolore durante il travaglio, che ha portato la percentuale di donne che non ne hanno usufruito al 7,7%, decisamente al di sotto del valore soglia regionale fissato al massimo al 14%. In questo caso la performance complessiva a livello regionale appare migliore, come si può rilevare dalla tabella sottostante.

Un altro aspetto da affrontare è la disomogeneità del dato per singolo punto nascita, che vede percentuali di donne che non hanno avuto accesso a nessuna metodica di controllo del dolore nel parto che vanno da valori inferiori al 1% negli ospedali di Faenza e Forlì a percentuali superiori al 20% nell'ospedale di Ravenna.

*Numero donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto. Anno 2017*

Distretto di Residenza	Donne senza accesso a controllo dolore nel parto	Totale	% donne senza accesso a controllo dolore nel parto
80072 - OSPEDALE RAVENNA	245	1173	20,9%
80079 - OSPEDALE LUGO	21	402	5,2%
80082 - OSPEDALE FAENZA	1	429	0,2%
80085 - OSPEDALE FORLÌ	10	910	1,1%
80091 - OSPEDALE CESENA	166	1662	10,0%
80095 - OSPEDALE RIMINI	93	2367	3,9%
<b>ROMAGNA</b>	<b>536</b>	<b>6.943</b>	<b>7,7%</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.568</b>	<b>27.082</b>	<b>5,8%</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

La tabella sottostante riporta i risultati conseguiti presso i punti nascita aziendali all'obiettivo di ridurre il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016).

L'analisi evidenzia il mancato raggiungimento dell'obiettivo nel punto nascita di Ravenna per i tagli cesarei primari (26,1% vs risultato atteso <25%) e per i parti cesarei nella classe I di Robson (15,2% vs risultato atteso <9,4%) e nel punto nascita di Faenza per i parti cesarei nella classe I di Robson (12,9% vs risultato atteso <7,8%). Tuttavia, se i dati dei punti nascita della Provincia di Ravenna vengono analizzati nel loro complesso i valori raggiunti rientrano tutti nell'obiettivo regionale.

<sup>8</sup> Per l'analisi si sono utilizzati i dati del Laboratorio in quanto quelli provenienti da altre fonti regionali (ASA, CedAP) risultano sottostimati per un elevato numero di scarti riscontrato in fase di invio, ricollegabili ad anomalie informatiche che sono attualmente in fase di risoluzione da parte dei servizi di elaborazione aziendali.

Infine, per quanto attiene la percentuale di parti elettivi in classe IIb e IVb di Robson negli spoke <1000 parti, a Faenza e a Lugo sono stati eseguiti in urgenza e con taglio cesareo rispettivamente 2 e 15 parti IIb e 2 e 2 parti IVb. Nessuno eseguito in elezione.

Indicatori	Cesena	Forlì	Rimini	Ravenna	Faenza	Lugo
Percentuale di tagli cesarei primari: obiettivo per Hub < 25%; per Spoke < 15%	18,3	16,9%	12,9%	26,1%	10,6% spoke	11,9% spoke
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: obiettivo per Hub: <= 9,4% (valore medio del 2016); per Spoke: <= 7,8% (valore medio 2016 degli spoke con numero parti >1.000)	8,2%	7,8%	3,4%	15,2%	12,9% Spoke <1000	7,6% Spoke <1000
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) – obiettivo: per Spoke con numero parti < 1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson	NA	NA	NA	NA	2,5%	4,2%

Fonte: Flusso SIVER, Regione Emilia-Romagna

I Protocolli integrati dimissione madre e bambino sono presenti in tutti i territori aziendali, seppur con alcune differenze organizzative.

#### RIMINI

Visita Post Partum e Puerperio e sostegno allattamento.

% utenti residenti che hanno eseguito la visita post-partum entro 3 mesi dalla data del parto = 682 (N. visite post partum) / 2.158 (N. parti utenti residenti) = 31,6 %

% utenti residenti che hanno avuto accesso al servizio Puerperio e sostegno allattamento entro 3 mesi dalla data del parto = 911 (N. accessi amb puerperio) / 2.158 (N. parti utenti residenti) = 42,2%

#### FORLÌ

Protocollo per valutazione fattori di rischio psico-sociali, rilevazione disagio emozionale dalla gravidanza al periodo postnatale- dimissione protetta, per assicurare, l'identificazione e la gestione dei disturbi emozionali, l'impatto e la ricaduta sulla relazione primaria con il bambino, il sostegno dell'allattamento esclusivo al seno mediante la identificazione/intercettazione di eventuali problematiche psicosociali o altri fattori di rischio che si possono rilevare in gravidanza/travaglio-parto.

Il percorso assicura inoltre che le fasi della presa in carico della donna/coppia, sino alla sua dimissione, e periodo postnatale siano svolte in condizioni standardizzate e di sicurezza, compatibilmente con le peculiarità della donna/coppia.

Evidenza di un percorso definito per l'assistenza con i punti assistenziali e le modalità d'accesso: utilizzo griglie di rilevazione per l'intercettazione da parte delle Ostetriche durante la gravidanza, in degenza e nel post parto. Equipe Multidisciplinare con cadenza mensile per le situazioni ad alto rischio psichico e/o sociale. Valutazione ed eventuale sostegno psicologico su invio dell'Ostetrica e/o del Ginecologo con accesso prioritario. Visite domiciliari programmate sulla base dei bisogni specifici (su casi selezionati). Collaborazione con la Psichiatria per una continuità assistenziale per le situazioni di scompenso psichico grave sia in degenza sia a livello territoriale.

Indicatori:

n. professionisti formati al riconoscimento dei disturbi emotivi della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino: 98%

n. donne avviate ad uno specifico percorso assistenziale : 135 consulenza e/o presa in carico pre-post partum(compreso i TC urgenti/emergenti e le VO), aborti spontanei, terapeutici e MEF

n. donne ricoverate per psicosi puerperale e depressione severa : 1 nel 2017

n. Equipe Multidisciplinare: 47 casi e 14 equipe

n. Visite Domiciliari: 157

#### Ravenna:

Individuazione dei casi a rischio a partire dai Consultori e successivamente presso l'U.O di Ostetricia, con coinvolgimento delle figure professionali di riferimento fin dal post parto in ospedale. La continuità assistenziale -dopo il parto- avviene attraverso le visite domiciliari effettuate dalle ostetriche del territorio che ricevono giornalmente i nominativi delle donne che vengono dimesse. Nel 2017 sono state effettuate 626 visite per dimissioni precoci e 187 dimissioni protette che corrispondono al 33,8% dei parti.

### **2.8.1 - Salute riproduttiva**

Nei consultori distribuiti nel territorio romagnolo sono state promosse delle iniziative per favorire l'accesso degli adolescenti e dei giovani adulti: incontri con i MMG, rivisitazione dei percorsi ospedale-territorio, incontri con la popolazione, produzione di materiale audiovisivo e cartaceo per la promozione degli Spazi Giovani e campagne informative presso i principali istituti scolastici.

#### Indicatori e target:

#### **- Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop. 14-19 anni: obiettivo $\geq 7\%$**

Per quanto riguarda la percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto alla popolazione residente, c'è stato un sostanziale raggiungimento dell'obiettivo in tutti gli ambiti territoriali (media Ausl Romagna al 7,41% - Fonte SivER), con l'eccezione dell'area riminese e del Distretto del Rubicone.

Di seguito l'analisi dei singoli ambiti prodotta sulla base delle risultanze dei singoli consultori da cui si rileva qualche lieve discordanza con il dato SivER:

##### **RIMINI**

Ogni anno vengono spedite a tutti gli adolescenti sedicenni, italiani e stranieri, le cartoline di spazio giovani 360° per la conoscenza del servizio. La percentuale dei giovani 14-19 anni che si rivolgono allo Spazio Giovani (2 spazi) è del 4,82% nella sede di Rimini e del 5,75% a Riccione.

##### **FORLÌ**

La percentuale dei giovani 14-19 anni che si rivolgono allo Spazio Giovani è del 15,52%.

##### **CESENA**

La percentuale dei giovani 14-19 anni che si rivolgono allo Spazio Giovani (2 spazi) è del 16%.

##### **RAVENNA**

La percentuale dei giovani 14-19 anni che si rivolgono allo Spazio Giovani (4 spazi) è del 9,85%.

#### **- Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti**

Nell'anno 2017, con le risorse disponibili, non è stato possibile promuovere adeguatamente lo spazio giovani adulti (20-34) per cui gli accessi sono stati prevalentemente registrati per utenti che comunque già conoscevano il servizio per la fascia di età 14-19 anni. I Consultori Aziendali hanno predisposto un piano di implementazione del servizio da strutturare per il 2018.

### **2.8.2 - Percorso IVG**

Il percorso IVG garantisce l'uniformità e l'equità di accesso alle IVG a livello aziendale e alle diverse metodiche, come da obiettivo di cui alla DGR 1003/2016.

Tuttavia, il risultato raggiunto evidenzia che non è ancora raggiunto su tutti gli ambiti aziendali lo standard previsto inferiore al 25% di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione, con valori estremamente variegati fra le diverse strutture preposte (solo negli ospedali di Lugo, Forlì e Rimini si raggiunge lo standard fissato dalla Regione), come è possibile rilevare dalla sottostante tabella.

Anche l'obiettivo di raggiungere almeno il 27% di IVG mediche sul totale delle IVG effettuate non è raggiunto a livello aziendale, essendo il dato riscontrato pari al 20,4%. Si riscontrano pure in questo valore forti disomogeneità fra i distretti di residenza.

Indicatori e target:

**- Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche - obiettivo  $\leq 25\%$**

Struttura erogante	IVG chirurgiche con attesa > 2 sett.	Totale IVG chirurgiche	% IVG Chirurgiche con attesa > 2 sett.
80072 - OSPEDALE RAVENNA	33	70	47,1%
80079 - OSPEDALE LUGO	11	62	17,7%
80082 - OSPEDALE FAENZA	14	44	31,8%
80085 - OSPEDALE FORLÌ	8	76	10,5%
80091 - OSPEDALE CESENA	62	126	49,2%
80095 - OSPEDALE RIMINI	2	13	15,4%
80099 - OSPEDALE CATTOLICA	167	287	58,2%
80237 - OSP. PRIVATO DOMUS NOVA - RA	23	156	14,7%
<b>ROMAGNA</b>	<b>297</b>	<b>678</b>	<b>43,8%</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.189</b>	<b>3.679</b>	<b>32,3%</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

**- % di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti – obiettivo  $\geq 27\%$  (media regionale - anno 2016)**

Distretto di residenza	IVG mediche	Totale IVG	%IVG mediche
DISTR. RAVENNA	28	187	15,0%
DISTR. LUGO	17	77	22,1%
DISTR. FAENZA	8	71	11,3%
DISTR. FORLÌ	83	172	48,3%
DISTR. RUBICONE	7	69	10,1%
DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	7	72	9,7%
DISTR. RIMINI	26	203	12,8%
DISTR. RICCIONE	18	99	18,2%
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>	<b>194</b>	<b>950</b>	<b>20,4%</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.392</b>	<b>4.771</b>	<b>29,2%</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

### **2.8.3 - Procreazione Medicalmente Assistita**

L'Azienda ha concluso il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA: in data 5/6 ottobre 2016 si è tenuta la visita ispettiva presso il centro del Presidio Ospedaliero di Lugo per la valutazione dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei centri di PMA di II/III livello per l'autorizzazione regionale, che si è conclusa con esito positivo.

Precedentemente, in data 15.12.2015 si era tenuta la prima visita ispettiva presso il Presidio di Cattolica, seguita poi da una seconda visita conclusasi positivamente nel settembre 2016.

La prossime verifiche sono previste per il 2018.

Come da obiettivo regionale è stata garantita l'implementazione del sistema informativo regionale con l'inserimento dei dati dei donatori di gameti. In particolare, nel presidio di Lugo i dati di tutti i donatori di gameti sono stati inseriti nel programma informatico regionale, mentre nel presidio di Cattolica i dati della donazione sono inseriti da luglio 2017, relativamente ai cicli di PMA eterologa effettuati, inserendo sia i gameti ricevuti dai donatori, che le relative donazioni. Sono in corso di inserimento i dati relativi alle donazioni dei gameti femminili e per questo motivo non si è raggiunto l'obiettivo del 90%

L'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale ed ha proseguito con il monitoraggio delle liste di attesa eterologa ed omologa dal quale emerge che a Lugo il tempo di attesa delle coppie, per entrambe le liste, è di 8-10 mesi; mentre a Cattolica la lista d'attesa per PMA omologa procede come da procedura aziendale e la lista relativa alla PMA eterologa al momento non procede con l'inserimento di nuove coppie in attesa della disponibilità dei gameti dalla Banca Regionale (S.Orsola – BO). Non appena definita la Convenzione si provvederà alla verifica delle coppia già inserite in lista d'attesa.

Prosegue l'attività di promozione della donazione su materiale promozionale ricevuto dalla regione, che viene divulgato e consegnato presso i Consultori aziendali alle coppie che eseguono il ciclo PMA.

## **2.9 – Salute in età pediatrica ed adolescenziale**

### **2.9.1 - Contrasto alla violenza**

L'Azienda ha costantemente lavorato per dare piena attuazione alle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015).

Gli obiettivi sono stati raggiunti attraverso le seguenti azioni:

- alcuni professionisti dell'Azienda USL della Romagna hanno contribuito alla scrittura dei quaderni all'interno del gruppo regionale.
- organizzazione di n. 1 evento formativo rivolto ai MMG (3 giornate) e legato anche alle indicazioni contenute nel Piano regionale della prevenzione (ob. 3.7)
- realizzazione di n. 1 evento formativo aziendale con l'Avv. Maria Virgilio del Foro di Bologna ed elaborazione di buone prassi in materia di violenza contro le donne con figli minori, che a loro volta potrebbero essere vittime di violenza;

- adozione della procedura aziendale “Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso”: protocollo di definizione del percorso delle vittime di maltrattamento/abuso (in particolare donne e bambini) dalla prima fase di accoglienza in Pronto Soccorso fino al termine dell’iter diagnostico-terapeutico con il coinvolgimento e la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari e non sanitari chiamati a rispondere al bisogno;
- adozione del Programma aziendale “Liberi dalla violenza” e istituzione del relativo Gruppo di Coordinamento: apertura in Romagna di un Centro LDV; realizzazione del Seminario Liberi dalla Violenza tenutosi a Ravenna il 06/12/2017.
- adozione della procedura unica aziendale relativa all’applicazione della DGR n. 1102/2014 sui percorsi socio-sanitari di presa in carico dei minori, approvato dall’Ufficio di Presidenza della CTSS della Romagna del 19.09.2017. A tale riguardo si stanno predisponendo delle linee guida a livello aziendale per rendere poi omogenee le organizzazioni nei singoli distretti.

### **2.9.2 – Lotta all’antibioticoresistenza**

Al fine di promuovere la lotta all’antibiotico resistenza sono stati distribuiti ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica in quantità proporzionale al numero di assistiti.

E’ stato promosso l’utilizzo dell’applicativo web ProBA - inserito nel sistema SOLE - per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, sebbene al momento non siano disponibili dati per valutare il livello di implementazione

In merito agli indicatori previsti dalla DGR 1003/2016 (tasso di prescrizioni di antibiotici e percentuale di prescrizione di amoxicillina claulanato/amoxicillina), volti a migliorare l’appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica, i risultati 2017 appaiono in linea con i target prefissati

#### Indicatori e target:

#### **- Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica – obiettivo: $\leq 850$ prescrizioni/1000**

Il tasso di prescrizioni in età pediatrica in Ausl della Romagna nel 2017 si è attestato a 817,8 ogni 1.000 residenti al di sotto dei 14 anni, pertanto raggiungendo l’obiettivo previsto, sebbene il dato regionale risulti decisamente inferiore ed al livello di analisi distrettuale si registrino situazioni con valori fuori target (Distretti di Faenza e Forlì).

Distretto di residenza	N. prescrizioni di farmaci antibiotici a pazienti residenti < 14 anni	Popolazione residente < 14 anni	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	18.032	23.298	774,0
RAVENNA - DISTR. LUGO	8.665	12.508	692,8
RAVENNA - DISTR. FAENZA	10.260	11.107	923,7
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	21.369	23.073	926,2
CESENA - DISTR. RUBICONE	10.306	12.522	823,0



Distretto di residenza	N. prescrizioni di farmaci antibiotici a pazienti residenti < 14 anni	Popolazione residente < 14 anni	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	8.765	13.899	630,6
RIMINI - DISTR. RIMINI	23.800	28.234	843,0
RIMINI - DISTR. RICCIONE	12.323	14.614	843,2
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>	<b>113.876</b>	<b>139.255</b>	<b>817,8</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>431.411</b>	<b>555.003</b>	<b>777,3</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

**- Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato – obiettivo:  $\geq 1,5$**

Il rapporto tra prescrizioni di amoxicillina vs amoxicillina clavulanato a pazienti residenti < 14 anni riporta un mancato raggiungimento dell'obiettivo a livello aziendale (1,1 vs 1,3 valore regionale vs 1,5 target fissato). L'analisi per territorio risalta le performance sui distretti di Cesena Valle Savio (2,7), Rubicone (2,6), Lugo (2,1) e Ravenna (1,6).

Distretto di residenza	N. prescrizioni di amoxicillina a residenti < 14 anni	N. prescrizioni di amoxicillina + amoxicillina clavulanato a residenti < 14 anni	Rapporto tra prescrizioni amoxicillina vs amoxicillina clavulanato a residenti < 14 anni
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	8.396	5.153	1,6
RAVENNA - DISTR. LUGO	4.321	2.045	2,1
RAVENNA - DISTR. FAENZA	4.959	2.589	1,9
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	7.325	8.090	0,9
CESENA - DISTR. RUBICONE	5.779	2.270	2,6
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	5.068	1.862	2,7
RIMINI - DISTR. RIMINI	4.326	10.352	0,4
RIMINI - DISTR. RICCIONE	1.504	5.488	0,3
<b>ROMAGNA</b>	<b>41.756</b>	<b>38.000</b>	<b>1,1</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>166.419</b>	<b>133.084</b>	<b>1,3</b>

Fonte: Flusso SivER, Regione Emilia-Romagna

**2.9.3 – Promozione all'allattamento**

I dati sotto riportati sulle modalità di allattamento dei lattanti a 3 e 5 mesi dalla nascita provengono dal Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva – SaPeRiDoc:

Ambito	Missing %	3 mesi		5 mesi	
		All_completo %	Non_all %	All_completo %	Non_all %
<b>Ravenna</b>	3,9%	62%	24%	48%	32%
<b>Forlì</b>	2,9%	57%	25%	42%	29%
<b>Cesena</b>	9,9%	58%	19%	54%	21%
<b>Rimini</b>	2,7%	64%	15%	50%	24%

Ambito	Missing %	3 mesi		5 mesi	
		All_completo %	Non_all %	All_completo %	Non_all %
AUSL ROMAGNA	4,5%	62%	20%	48%	

Gli standard regionali previsti di raggiungere performance migliori rispetto al 2016 si sono concretizzati in tutte le sedi per l'allattamento completo (esclusivo + prevalente) sia a tre che a cinque mesi.

A livello aziendale l'allattamento completo a tre mesi è passato dal 57% del 2016 al 62% del 2017; mentre a 5 mesi è passato dal 42% al 48%.

Il dato sul non allattamento, sempre a livello aziendale, è rimasto stabile a 3 mesi (20% nel 2016 e 20% nel 2017), mentre è migliorato a 5 mesi (29% nel 2016 vs 27% nel 2017). Entrando nello specifico dei territori, il dato a tre mesi risulta in riduzione a Rimini, mentre il dato a 5 mesi la riduzione si riscontra a Cesena e Rimini.

Appare in miglioramento anche la qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale), tant'è che i dati mancanti sono passati dal 7% del 2016 al 4,5% del 2017.

Continua, infine, la programmazione e lo svolgimento di un corso annuale UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno, che coinvolge personale medico e del comparto dell'Azienda ed i PLS.

Si riportano alcune iniziative specifiche:

A Rimini prosegue la collaborazione con l'ospedale che segnala le puerpere bisognose di un sostegno all'allattamento materno, che vengono contattate e seguite. E' stato inoltre implementato un ambulatorio infermieristico ospedaliero per il sostegno all'avvio dell'allattamento al seno, nelle primipare e nelle situazioni individuate a rischio, come continuità assistenziale con il percorso avviato in rooming-in e che copre le prime 48-72 ore post-dimissione, a ponte con la visita programmata entro una settimana di vita con il PLS. Nel 2017 è iniziato il percorso che ha coperto il 34% della popolazione eleggibile. Il percorso è stato strutturato amministrativamente e prosegue a regime nel 2018.

In molte sedi consultoriali proseguono gli ambulatori a libero accesso per le puerpere.

#### **2.9.4 - Promozione della salute in adolescenza**

Nei vari consultori sono state promosse delle iniziative per favorire l'accesso degli adolescenti e dei giovani adulti: incontri con i MMG, rivisitazione dei percorsi ospedale-territori, incontri con la popolazione, produzione di materiale audiovisivo e cartaceo per la promozione degli Spazi Giovani e campagne informative presso i principali istituti scolastici.

Sostanzialmente nel corso del 2017 c'è stato un mantenimento della percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità nella fascia di età fra 14-19 anni.

##### Indicatori e target:

- **interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) - obiettivo:  $\geq 18,1$  (media Percentuale di adolescenti raggiunti nell'anno scolastico 2016/2017)**

L'indicatore è in fase di elaborazione da parte degli organi regionali; non appena sarà disponibile il ritorno informativo in SIVER verranno effettuate le opportune valutazioni sul raggiungimento della popolazione 14-19 anni (che all'1.1.2017 ammontava a 58.760 unità) con interventi di promozione alla salute e alla sessualità.

Nell'anno scolastico 2015-2016 sono stati raggiunti complessivamente 7.650 studenti delle scuole secondarie di 1° grado e 27.180 studenti delle scuole secondarie di secondo grado, con un incremento del 9% dei ragazzi raggiunti rispetto all'anno scolastico precedente.

## **2.10 - Formazione specifica in medicina generale**

### **Attività Pratica**

L'attività didattica di natura pratica, sia ospedaliera che territoriale, è stata ridefinita sulla base del nuovo assetto organizzativo aziendale individuando, pertanto, tre ambiti di frequenza:

- Forlì/Cesena;
- Rimini/Riccione;
- Ravenna/Faenza/Lugo.

Per ogni ambito, poi, sono stati individuati cinque tutor, come di seguito specificato:

AMBITI DI FREQUENZA	TUTOR OSPEDALIERO	TUTOR TERRITORIALE
• CESENA/ FORLÌ	n. 1 – Area Medicina n. 1 – Area Chirurgia n. 1 – Area Med. Urgenza n. 1 – Area Materno-Infantile	n. 1
• RIMINI/RICCIONE	n. 1 – Area Medicina n. 1 – Area Chirurgia n. 1 – Area Med. Urgenza n. 1 – Area Materno-Infantile	n. 1
• RAVENNA/FAENZA/LUGO	n. 1 – Area Medicina n. 1 – Area Chirurgia n. 1 – Area Med. Urgenza n. 1 – Area Materno-Infantile	n. 1

Al fine di facilitare la frequenza al corso nelle diverse aree specialistiche previste dalla normativa, ad ogni medico in formazione è stata pianificata l'intera attività pratica triennale come riportato nel seguente prospetto esemplificativo:

## Programmazione attività pratica corsisti triennio formativo

NOMINATIVI 2016-2019		SEDE FREQUENZA	dic-16	gen-17	feb-17	mar-17	apr-17	mag-17	giu-17	lug-17	ago-17	set-17	ott-17	nov-17	dic-17	gen-18	feb-18	mar-18	
		CESENA/FORLI		MED	MED	MED	MED	MED	MED	CH	CH	CH/PS	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		CESENA/FORLI		OST	OST	PED	CH	CH	CH/MED	MED	MED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		CESENA/FORLI		CH	CH	CH/PS	PS	PS	OST	OST	PED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		CESENA/FORLI		PED	MED	MED	MED	MED	MED	MED	OST	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RIMINI		MED	MED	MED	MED	MED	MED	CH	CH	CH/PS	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RIMINI		OST	OST	PED	CH	CH	CH/MED	MED	MED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RIMINI		CH	CH	CH/PS	PS	PS	OST	OST	PED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RIMINI		PED	MED	MED	MED	MED	MED	MED	OST	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RA/FAENZA/LUGO		MED	MED	MED	MED	MED	MED	CH	CH	CH/PS	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RA/FAENZA/LUGO		OST	OST	PED	CH	CH	CH/MED	MED	MED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RA/FAENZA/LUGO		CH	CH	CH/PS	PS	PS	OST	OST	PED	MED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
		RA/FAENZA/LUGO		PED	MED	MED	MED	MED	MED	MED	OST	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	
apr-18	mag-18	giu-18	lug-18	ago-18	set-18	ott-18	nov-18	dic-18	gen-19	feb-19	mar-19	apr-19	mag-19	giu-19	lug-19	ago-19	set-19	ott-19	nov-19
PS	PS	OST	OST	PED	OST	OST	PED	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
MED	MED	MED/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	PED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	OST
MED	MED	MED	MED	MED	PED	OST	OST	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
CH	CH	CH/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	PED
PS	PS	OST	OST	PED	OST	OST	PED	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
MED	MED	MED/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	PED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	OST
MED	MED	MED	MED	MED	PED	OST	OST	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
CH	CH	CH/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	PED
PS	PS	OST	OST	PED	OST	OST	PED	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
MED	MED	MED/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	PED	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	OST
MED	MED	MED	MED	MED	PED	OST	OST	TER	TER	TER	TER	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	TER	TER
CH	CH	CH/PS	PS	PS	TER	TER	TER	TER	TER	TER	OST	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG	OST	PED

Legenda:  
 Ospedale  
 Territorio  
 MMG

### Attività Seminariale

L'Azienda ha messo a disposizione gli spazi idonei per lo svolgimento dell'attività didattica teorica e ha favorito l'utilizzo sia delle aule adiacenti alla Biblioteca del P.O. Maurizio Bufalini sia delle aule site nei locali di Piazza L. Sciascia n° 111 int. 2 – Cesena (nelle vicinanze della Stazione FF.SS.) logisticamente più accessibili ai Corsisti, molti dei quali sono fuori sede.

Le aule hanno risposto appieno alle esigenze didattiche (videoproiettore, ecc.) ed organizzative del corso (spazi e capienza) anche in considerazione che tali aule sono state oggetto di autorizzazione e accreditamento regionale per l'attività istituzionale demandata all'AUSL.

Nell'anno 2017 si è attivata anche per le attività seminariali la rilevazione presenze dei corsisti tramite badge.

L'attività seminariale realizzata nel 2017 è stata rendicontata in specifico documento disponibile presso la direzione dell'UO Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione.

### 2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

#### 2.11.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018

L'Azienda ha intensamente lavorato per dare piena attuazione del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), in particolare mettendo in campo le seguenti azioni:

- con riferimento alla fascia di età 0-6, l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico è stato attuato, pur con una articolazione disomogenea delle ore nei diversi ambiti: a Forlì si sono garantite le 4 ore settimanali, a Ravenna si sono attuate nuove convenzioni per integrare le ore di trattamento ambulatoriale con un servizio abilitativo domiciliare, a Cesena si è aumentato il numero di ore attestandosi sulle 3 ore settimanali, a Rimini si è mantenuta la media delle 3 ore settimanali, a fronte di un

incremento delle diagnosi precoci decisamente maggiore (aumento del 50% dell'utenza). Si segnala che questa articolazione delle ore è stata anche il risultato della decisione aziendale di suddividere gli utenti in carico per livello di complessità e di assicurare le 4 ore di intervento in prima battuta all'utenza con un livello maggiore di bisogni;

- costruzione del documento aziendale “Linee di indirizzo su disabilità intellettiva e autismo in età adulta” con il coinvolgimento anche delle Associazioni e formalizzazione dello stesso con Determinazione del Direttore DSM DP n. 414/2018. All'interno della Determinazione sono stati individuati i percorsi di rivalutazione funzionale e passaggio dalla minore alla maggiore età con l'identificazione per ogni ambito di uno psichiatra di riferimento che agisce la presa in carico;
- adozione, con Delibera del Direttore Generale n. 51 del 21/02/2018, del documento aziendale per il trattamento degli utenti con disturbo dello spettro autistico denominato “Programma 0 – 100”: definizione degli interventi in età evolutiva ed in età adulta sulla base delle indicazioni PRIA 2016/2018; il documento, costruito anche con la partecipazione delle Associazioni del territorio, ribadisce la necessità di individuare figure sanitarie (psichiatri) all'interno del DSM che possano garantire la fase del passaggio dalla minore alla maggiore età e successivamente essere la figura di riferimento per la presa in carico. Sono stati effettuati degli incontri con gli EE.LL. nell'ambito del coordinamento degli Uffici di Piano a livello di Ufficio di Supporto.

### **2.11.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale**

#### **Budget di Salute**

Nel Budget del DSM-DP dell'Azienda USL della Romagna nel 2017 sono stati definiti i Centri di Costo dedicati al Budget di Salute, onde consentirne il monitoraggio anche negli anni successivi ma soprattutto per meglio sviluppare le progettazioni contestualmente ad un reinvestimento di risorse in questo ambito. Nel dettaglio le Risorse Aziendali 2017 per il Budget di Salute ammontano a preconsuntivo a 2.124.141 euro, così distribuiti:

- Asse Lavoro ( tirocini IPS) = 636.931 euro
- Asse Casa (assistenza domiciliare, servizi riabilitativi alla persona) = 1.250.520 euro
- Asse Relazioni (contributi riabilitativi per attività relazionali) = 236.660 euro

#### **Formazione su Budget di Salute**

Nel 2017 è stato attuato un evento formativo aziendale (“Progettare la salute: il budget di salute”, Cervia RA 08/02/2017) mediante open space technology, che ha visto la partecipazione di oltre 450 iscritti, finalizzato alla implementazione diffusa nel territorio del Budget di Salute, con le istituzioni locali, il terzo settore e le associazioni dei famigliari e degli utenti. E' stato inoltre organizzato nell'ambito delle 3 formazioni di Area Vasta del programma regionale “budget di salute”, l'evento formativo per la Romagna



dal titolo “Coprogettazione / innovazione / inclusione della persona” (30 ottobre 2017 a Cesena), ugualmente con le istituzioni locali, il terzo settore e le associazioni dei famigliari e degli utenti, oltre ad esperti nazionali e regionali.

### **2.11.3 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia**

Come negli anni precedenti, nel corso del periodo considerato l’ambito di Rimini e in minor misura quello di Ravenna hanno inserito pazienti in REMS, per la quasi totalità dei casi facendo riferimento alla REMS di Bologna.

Per tutti i pazienti considerati sono stati predisposti i Piani Terapeutico Riabilitativi (PTRI) entro quarantacinque giorni dall'ammissione, monitorando inoltre le situazioni critiche direttamente con le REMS, il CSM di Rimini e il Direttore DSM-DP mediante incontri dedicati nelle sedi regionali.

#### Indicatore e target:

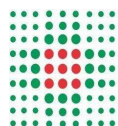
**- numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS (obiettivo 100%).**

Lo standard per il 2017 è stato raggiunto: nel 100% dei casi inseriti in REMS è avvenuta la progettazione individualizzata (PTRI) predisposta entro 45 giorni. Tale indicatore è desumibile e verificabile attraverso il sistema informativo dedicato nazionale SMOP).

### **2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

L’Ausl della Romagna ha lavorato costantemente e assiduamente per tutto il 2017 sui punti oggetto di obiettivi deliberati da parte della Regione sulle tematiche inerenti i servizi socio-sanitari per la non autosufficienza. In particolare si evidenzia che:

- è stato costantemente garantito il monitoraggio tempestivo ed il corretto utilizzo delle risorse dedicate alla non autosufficienza per i servizi sociosanitari accreditati in linea con le indicazioni regionali. Si evidenzia che questa attività è stata svolta con attenzione in ogni ambito distrettuale, in collaborazione con l’U.O. Gestione rapporti con i servizi socio sanitari accreditati, che lavora in sinergia sia con le articolazioni aziendali che con gli Uffici di Piano distrettuali;
- ai fini dell’immissione dei dati nel casellario dell’assistenza, l’Azienda USL della Romagna ha attivato un graduale percorso di implementazione del software gestionale in ambito socio sanitario, per l’estrapolazione dei dati e l’alimentazione del flusso in automatico; in piena collaborazione con gli Uffici di Piano, è stato intrapreso un percorso, teso a classificare le persone in condizione di disabilità gravissima che sono oggetto del debito informativo di cui all’art. 3, comma 2, del DM 26/09/2016. L’inserimento dei dati nel casellario dell’assistenza non è potuto avvenire nel 2017 in quanto il DPCM 27/11/2017, che ha definito l’attribuzione delle risorse del FNA, è stato pubblicato sulla G.U. della Repubblica Italiana il 09/02/2018 e si è in attesa dell’emanazione da parte della Regione Emilia Romagna delle indicazioni operative per l’alimentazione del flusso interessato;



- per quanto concerne il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili (in particolare caffè Alzheimer, meeting centers, gruppi auto aiuto per le persone affette da demenze e loro familiari), sono state realizzate diverse azioni a supporto della programmazione ed attuazione di interventi nei differenti contesti territoriali. Sul tema demenze è stato anche programmato, dalla fine dell'anno 2017, un gruppo di lavoro con diversi professionisti (avrà lo scopo di coinvolgere anche le associazioni) con la finalità di uniformare i percorsi di diagnosi, trattamento e presa in carico in applicazione dei recenti dettati normativi (si veda ad es. la DGR n. 990/2016). Prosegue l'attività sulle azioni di contrasto all'isolamento e alla solitudine e nel corso dell'anno 2017 in alcuni distretti si sono “pensate” anche forme di intervento integrate (sociale e sanitario) con carattere di messa in rete di supporti differenziati;
- si è lavorato nell'ambito dell'Ufficio di supporto della CTSS della Romagna per la ricostituzione degli OTAP di livello provinciale scaduti in corso d'anno, anche alla luce delle modifiche transitorie apportate dalla DGR di riferimento; sono state inoltre condivise con gli otto Uffici di Piano distrettuali, modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie all'interno dei servizi accreditati; i controlli delle prestazioni sanitarie hanno visto anche la validazione di una procedura sul livello aziendale; in accordo con il Dipartimento di Sanità Pubblica si è ritenuto prioritario l'obiettivo dei controlli in strutture non accreditate con prevalenza delle strutture fini a 6 posti letto, attività di controllo quest'ultima che vede questa Azienda, in particolare nel Distretto di Ravenna, fortemente impegnata per l'elevato numero di realtà rientranti in tale fattispecie;
- è stato svolto un costante ed impegnativo lavoro per dare attuazione, nell'ambito della contrattazione con gli Enti Gestori, alla DGR n. 273/2016 in riferimento al tema del rimborso delle prestazioni sanitarie nei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili. Per l'Azienda USL della Romagna questo lavoro, inserito all'interno dell'omogeneizzazione sul livello aziendale dei contratti di servizio, ha visto diversi step, che hanno reso complicata, in particolare in alcuni distretti, la definizione di un accordo contrattuale condiviso tra EE.LL territoriali, Azienda USL ed Enti Gestori. In corso d'anno, in particolare con l'adozione delle Determinazioni del Direttore dell'U.O. Gestione rapporti con i servizi sociosanitari accreditati n. 2021/2017, n. 2955/2017, n. 676/2018, è stata determinata a livello aziendale una modalità, seppur transitoria, di attuazione dei principi enunciati nella DGR n. 273/2016. Ad oggi il percorso non è ancora concluso anche se la maggioranza degli Enti Gestori ha sottoscritto i contratti di servizio sulla base dei rimborsi proposti;
- relativamente all'attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Lea) per l'area socio-sanitaria e delle relative indicazioni regionali, per quanto riguarda le novità relative alle quote a carico del FSR, previste al comma 4 dell'art. 22 (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione), l'obiettivo è stato realizzato in ogni



distretto, pur con delle variabilità percentuali, in termini di copertura nei primi 30 gg.; in riferimento all'applicazione del comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali) l'obiettivo è stato realizzato nella maggioranza dei distretti;

- si è lavorato costantemente sia in Azienda USL che nel rapporto con gli EE.LL. per quanto riguarda i servizi a favore dei disabili, comprese le gravissime disabilità. Sul tema dei neuromuscolari (SLA in particolare) è stato attivato un tavolo che vede la partecipazione di professionisti diversi e provenienti dai diversi distretti della Romagna. Il tavolo ha, tra gli altri, lo scopo di poter creare procedure di presa in carico omogenee a livello aziendale ponendo un'attenzione particolare alle domiciliazioni di pazienti ad elevata complessità sanitaria. Si è attivata una riflessione sui percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.
- è stata garantita su tutto il territorio aziendale un'offerta distrettuale di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo sulla base della domanda, con il raggiungimento della percentuale del 2% nella metà dei distretti. L'offerta ha sostanzialmente risposto alla domanda delle famiglie anche se talvolta non nel periodo di richiesta (molte richieste, ad esempio, si concentrano nei periodi estivi e trovano il loro picco in luglio e agosto).

### **2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari**

Il percorso di sviluppo delle "Case di promozione e tutela della salute in carcere", presidio delle Aziende USL all'interno degli Istituti penitenziari, volto a garantire la tutela della salute alle persone detenute secondo le linee guida regionali, si è sviluppato dando attuazione al programma regionale di sanità penitenziaria (DGR n. 588/14).

In relazione agli indicatori proposti, si evidenzia quanto segue:

- Adozione della Carta dei servizi per la sanità penitenziaria: SI, è stata adottata in tutte e tre le strutture carcerarie;
- Evidenze specifiche dell'attuazione degli accordi interistituzionali contenuti nel protocollo per la prevenzione del rischio suicidario: SI per tutte e tre le strutture carcerarie;
- Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza  $\geq 14$  giorni - target  $\geq 80\%$  - RISULTATO RAGGIUNTO;
- Coerenza tra terapie farmacologiche e diagnosi nella cartella clinica informatizzata SISP: numero di pazienti con diagnosi di patologia cronica/numero di pazienti con almeno un trattamento farmacologico per malattie croniche – target = 100% RISULTATO PARZIALMENTE RAGGIUNTO target tra 60% (RN) e 100% (Forlì);
- Evidenza di un piano annuale di promozione della salute - OBIETTIVO RAGGIUNTO

- Terapie farmacologiche somministrate tramite tablet – obiettivo = 100%. OBIETTIVO RAGGIUNTO, anche se nel carcere di Ravenna si è a regime al piano terra, mentre problemi logistici per i piani superiori ne hanno rallentato l'implementazione.

Per l'anno 2017, è stata posta ulteriore attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in funzione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.

#### **2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**

##### **2.14.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017**

L'AUSL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo di spesa sulla farmaceutica convenzionata in tutti gli ambiti aziendali, raggiungendo un decremento complessivo del -2,4% a fronte di un obiettivo definito di massimo +0,6%. Il dettaglio per ambito è il seguente:

- Ravenna: -2,1%;
- Forlì: -1,7%;
- Cesena: -5,1%;
- Rimini: -1,3%.

La spesa farmaceutica ospedaliera incrementa, invece, del 9% rispetto ad un obiettivo definito in sede di programmazione regionale del 6,3% massimo, leggermente più alto dell'andamento medio registrato a livello regionale (+8,8%). Viene tuttavia rilevato che:

- la spesa per i farmaci destinati al trattamento delle malattie rare (che rappresenta l'8% della spesa totale) è aumentata del +17%
- la spesa per l'acquisto di vaccini batterici e virali (che rappresenta il 6% della spesa totale) è aumentata del +97%.

La spesa per farmaci innovativi oncologici nel 2017 è stata pari a circa €. 7.900.000, a fronte di un fondo assegnato di €. 6.460.000. La maggior spesa nasce da un utilizzo considerevole, iniziato già alla fine del 2016, di trattamenti immunoterapici (nivolumab e pembrolizumab). Un'analisi degli esiti condotta dalla CF AVR ha evidenziato percentuali di risposta coerenti con i risultati degli studi clinici.

Per quanto riguarda i farmaci antivirali diretti per l'epatite C, nell'anno 2017 sono stati trattati complessivamente 608 pazienti, per una spesa presunta al netto dei payback pari a € 6.490.575.

##### **2.14.2 – Governo della spesa farmaceutica**

#### **Aumento del ricorso a farmaci generici**

A livello ospedaliero sono stati dati obiettivi specifici sui generici ai Dipartimenti e alle UU.OO. interessate (es. Imatinib per Dipartimento Oncoematologico, Levetiracetam per Neurologia, farmaci per ipertrofia prostatica benigna per Urologia, ecc...)

A livello territoriale sono state promosse azioni di sensibilizzazione nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie, anche in merito alla prescrizione dei "generici puri".

Il ricorso a farmaci generici è aumentato a livello aziendale di +1,15% (Fonte: Controllo di Gestione sul periodo gen-set 2017). Tutti gli ambiti hanno evidenziato un incremento della percentuale di farmaci a brevetto scaduto rispetto al 2016 (Ravenna: +1,18%; Forlì: +1,28%; Cesena: +1,94%; Rimini: +0,52%).

La percentuale di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza in Ausl Romagna si mantiene in linea col trend regionale. Nel corso del 2017 tale consumo è cresciuto del 4,3% e si è attestato al 83,5%. Il valore complessivo registrato in Regione è stato pari al 83,7% con un incremento rispetto al 2016 di circa il 4%.

### **Uso appropriato di alcune classi di farmaci**

La verifica dell'appropriatezza prescrittiva viene assolto dal farmacista al momento del controllo della prescrizione del primo ciclo di terapia. Eventuali situazioni di difformità vengono evidenziate al clinico con il quale si instaura una dialettica tesa a indirizzarlo al rispetto dell'utilizzo dei farmaci secondo le indicazioni fornite dal livello regionale. Le verifiche predisposte centralmente circa l'allineamento alle indicazioni regionali da parte dei clinici hanno evidenziato il raggiungimento di questo obiettivo. Sul fronte dei biosimilari a partire da luglio si è operato lo shift da Glivec a Imatinib per le indicazioni previste, e successivamente da Mabthera a Truxima. In sovrapponibili (formulazioni sc vs formulazioni ev) si è condiviso un contenimento dell'utilizzo riservandolo a situazioni circoscritte e di breve durata e tenendo conto dei parametri antropometrici es. peso e superficie corporea.

Da sempre l'aspetto dell'ottimizzazione dell'uso dei farmaci e il contenimento dello spreco dei residui di lavorazione rappresenta un obiettivo del farmacista della farmacia oncologica. L'introduzione di nuovi farmaci prevede che venga eseguita anche la valutazione di impatto organizzativo in funzione delle formulazioni in commercio, dello schema di trattamento e dei pazienti in trattamento. Soluzioni di somministrazione a giornate, settimane fisse vengono implementate di volta in volta. Vengono anche valutate opzioni di appuntamenti giornalieri programmate a scalare per terapie di ridotta stabilità che vengono effettuate in giornate consecutive. Quello del drug day è un approccio dinamico e fluido per cui continuamente farmaci escono da questo modello e altri vengono arruolati.

#### *Inibitori di pompa protonica (PPI)*

La riduzione dei consumi di inibitori di pompa protonica rispetto all'anno 2016 ha rappresentato un obiettivo trasversale per tutti i Dipartimenti ospedalieri e per i Medici di Medicina Generale. A livello territoriale sono state promosse azioni di sensibilizzazione attraverso incontri nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie. I consumi territoriali di PPI si sono ridotti a livello aziendale dell'11%; la riduzione è avvenuta in tutti gli ambiti aziendali. In base ai dati della farmaceutica territoriale aggiornati a 10 mesi 2017, il consumo giornaliero di PPI per l'AUSL Romagna è pari a 53 DDD ogni 1.000 abitanti (a fronte di una media regionale di 57 DDD ogni 1.000 abitanti).

#### *Farmaci respiratori (LABA-LAMA)*

Nel corso del 2017, si è provveduto all'aggiornamento e alla diffusione del documento sui farmaci per la BPCO, predisposto dal Gruppo di Lavoro Aziendale. In particolare, sono state riviste periodicamente anche le valutazioni costo-opportunità al fine di favorire l'impiego dei farmaci che, a parità di efficacia e sicurezza, presentano un costo più basso. Sono stati condotti incontri nell'ambito del Dipartimento Malattie dell'apparato respiratorio e del torace e presso i Nuclei di Cure Primarie. La prescrizione delle associazioni LABA/LAMA è avvenuta in coerenza con le indicazioni regionali, con impiego del Piano Terapeutico dedicato.

### Statine

A seguito dell'introduzione in Prontuario dei nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, l'ottimizzazione delle terapie a base di statine è stata oggetto di formazione/informazione presso i Dipartimenti ospedalieri interessati e presso i Nuclei di Cure Primarie. Inoltre, la CF AVR ha provveduto ad aggiornare il PT AVR con l'inserimento di ezetimibe in coerenza con le indicazioni regionali e con quanto previsto dalla Nota AIFA 13.

### Incretino-mimetici e glifozine

La CF AVR ha provveduto alla diffusione dell'aggiornamento del documento regionale DocPTR 173 e alla elaborazione di prospetti dei prezzi dei prodotti disponibili (pubblicati sul sito della CF AVR), al fine di favorire l'utilizzo dei farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità. La diffusione ai Dipartimenti ospedalieri è stata garantita dai farmacisti referenti. Per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori previsti dal documento regionale, è in corso l'elaborazione dei dati 2017 da parte della Regione.

### NAO

L'obiettivo non è stato raggiunto in tutte le sedi territoriali della Romagna soprattutto nell'ambito di Rimini. Il numero di pazienti incidenti nei primi 9 mesi 2017 è 2.661, in proiezione annuale 3.548, a fronte di 3.243 nel 2016 (+9%). Il numero di pazienti che hanno fatto lo switch da AVK a NAO nei primi 9 mesi 2017 è 590, in proiezione 787, a fronte di un obiettivo di 429. La spesa complessiva per NAO nel 2017 è pari a 8.023.336 € a fronte di una spesa nel 2016 pari a 5.439.482 € (+2.583.854 €).

### Sacubtril/Valsartan

La CF AVR ha provveduto all'inserimento del farmaco in PT AVR e alla diffusione delle indicazioni regionali sulle modalità prescrittive e di erogazione. Inoltre, in ciascun ambito aziendale, è stato istituito un database delle terapie avviate, al fine di consentire il successivo inserimento dei dati cartacei sulla piattaforma AIFA. Ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, è stata verificata l'eleggibilità dei pazienti in base ai criteri del Registro AIFA al momento della distribuzione diretta del farmaco.

### Antibiotici sistemici

Nel corso del 2017, il programma aziendale SPIAR ha partecipato agli incontri dipartimentali per diffondere la procedura aziendale sulla antibiotico-profilassi perioperatoria elaborata nel 2016 e per promuovere l'uso appropriato degli antibiotici, in particolare sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie. Il consumo ospedaliero di fluorochinoloni si è ridotto nel 2017 rispetto al 2016, passando da 15 a 11 DDD per 100 giornate di degenza. A livello territoriale, si è registrata una riduzione sia del consumo complessivo di antibiotici (da 19,4 a 18,8 DDD per 1.000 abitanti nei primi 10 mesi 2017 vs 2016, -3%), sia del consumo di fluorchinoloni (da 2,4 a 2,2 DDD per 1.000 abitanti nei primi 10 mesi 2017 vs 2016, -5,7%). Restano da completare le azioni sull'uso territoriale dei fluorchinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni, considerato che il livello di consumo dell'AUSL Romagna è comunque superiore alla media regionale (2,2 vs 1,9 DDD per 1.000 ab pes./die).

### Biosimilari.

L'obiettivo di incrementare l'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e nelle rivalutazioni dei trattamenti in corso è raggiunto su quasi tutte le classi di farmaci e in tutti gli ambiti aziendali (*Fonte: AFO 12 mesi 2017*):

- Epoetine: 92%

- Ormone della crescita: rispetto della gara regionale, con incremento della prescrizione del biosimilare da 42% nel 2016 a 50% nel 2017
- Anti-TNF-alfa: nel complesso raggiunto soprattutto per infliximab 75%; etanercept 27% in crescita.
- Follitropina biosimilare: 15%
- Insuline basali: il ricorso ai due prodotti più costosi detemir e degludec è diminuito in tutti gli ambiti, registrando a livello aziendale un calo del 3%.

#### Farmaci HIV

Nel corso del 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale per omogeneizzare il trattamento dell'infezione da HIV in tutti gli ambiti. È stata condotta l'analisi dei consumi di farmaci antiretrovirali con identificazione dei regimi terapeutici in atto nei 4 ambiti per monitorare lo stato attuale di appropriatezza prescrittiva. Sono stati assegnati obiettivi specifici alla U.O. Malattie infettive di Ravenna, con maggiori scostamenti rispetto alla media aziendale. Il ricorso al farmaco generico per l'AUSL Romagna è superiore alla media regionale (40% vs 24%) e, conseguentemente, il costo medio per DDD è più basso (7,9 € vs 11,1 €). Anche l'ambito di Ravenna ha aumentato il ricorso al generico passando dal 29% al 32% e riducendo il costo medio per DDD da 10€ a 9,4€.

#### Farmaci epatite C

L'utilizzo è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dal gruppo di lavoro regionale; i clinici sono stati periodicamente informati circa l'aggiornamento del documento regionale e i costi dei farmaci, in modo da privilegiare quelli con il miglior rapporto costo-opportunità.

#### Farmaci anti-VEGF per uso intravitreale

Nel corso del 2017 sono state completate e diffuse le Linee Guida aziendali sull'uso delle terapie intravitreali ed è stata avviata la costruzione di un database di tutti i farmaci ad alto costo (anti-VEGF e corticosteroidi), al fine di monitorare l'adesione alle Linee Guida da parte delle U.O. Oculistica (obiettivo del Dipartimento Testa-Collo). Complessivamente, sono state eseguite 5.506 iniezioni intravitreali, di cui il 60% con bevacizumab. La spesa per 100 abitanti dell'AUSL Romagna è più bassa della media regionale (125€ vs 199€ per 100 abitanti pesati).

#### Fattori della coagulazione

La maggioranza dei pazienti con emofilia A e B seguiti dai Centri dell'AUSL Romagna è trattata con i prodotti disponibili in Prontuario (99% delle DDD 2017). La CF AVR ha recepito l'inclusione in Prontuario dei due nuovi fattori long-acting; al momento non sono ancora pervenute indicazioni regionali in merito a strategie di scelta dei prodotti condivise con i clinici.

#### Farmaci neurologici

Nel corso del 2017 è stato condotto un audit sui farmaci per la sclerosi multipla in base al documento regionale n. 271. Sono state coinvolte tutte le U.O. Neurologia dell'Azienda. Nel complesso, l'utilizzo dei farmaci per la sclerosi multipla è risultato conforme alle raccomandazioni regionali e ai criteri di eleggibilità AIFA, con un tasso di appropriatezza globale pari al 93%. Sono state rilevate differenze tra gli ambiti (100% di appropriatezza a Forlì e Cesena, 96% a Rimini, 84% a Ravenna) e tra i farmaci (100% di appropriatezza per teriflunomide e natalizumab, 93% per dimetilfumarato, 67% per fingolimod). Per quanto riguarda i

farmaci per il trattamento della malattia di Parkinson è in corso l'elaborazione dei dati di monitoraggio degli indicatori da parte della Regione. Previsto un re-audit nel 2018 per l'ambito di Ravenna.

#### Rispetto delle gare

I medici prescrittori sono stati informati periodicamente sugli esiti delle gare attraverso l'aggiornamento del PT AVR, nonché comunicazioni ad hoc su specifici argomenti (es. imatinib, rituximab, insulina glargine), anche attraverso il farmacista di Dipartimento.

### **2.14.3 - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci – Intesa sulla distribuzione per conto**

In tutti gli Ambiti è stato recepita la DGR n. 327/2017 con rimodulazione progressiva dall' 01/04/2017 dei canali distributivi (Diretta, DPC, Convenzionata).

Il monitoraggio regionale dell'attuazione dell'Intesa ha fornito i seguenti dati:

#### INDICATORE 1: Numero pezzi in DPC

Obiettivo pezzi erogati in DPC AUSL DELLA ROMAGNA n. 945.000; i pezzi erogati in DPC da aprile a dicembre 2017 (9 mesi) sono stati 602.822 con una stima di pezzi erogati da aprile 2017 a settembre 2018 (18 mesi) pari a 1.251.281.

#### INDICATORE 2: Numero pezzi extraPHT trasferiti dalla Diretta in Convenzionata

Obiettivo pezzi extraPHT trasferiti alla Convenzionata AUSL DELLA ROMAGNA n. 576.000; i pezzi trasferiti da aprile a dicembre 2017 (9 mesi) sono stati 345.987 con una stima di pezzi erogati da aprile 2017 a settembre 2018 (18 mesi) pari a 1.103.510.

Complessivamente la % di raggiungimento totale Obiettivo è stimata al 155%.

### **2.14.4 - Adozione di strumenti di governo clinico**

#### Piani terapeutici sulla piattaforma SOLE

Periodicamente vengono sollecitati i medici prescrittori per la corretta compilazione delle schede sulla piattaforma "SOLE" anche se si registrano a volte dei ritardi nella compilazione delle schede di follow up che vengono recuperati in un successivo momento. Tale attività di verifica e conseguente sollecito verso i prescrittori da parte del farmacista risulta costante nel tempo.

#### Monitoraggio AIFA

La chiusura di una scheda di monitoraggio AIFA normalmente è un atto che viene stimolato dal farmacista che invita il clinico alla verifica dell'opportunità di chiusura della scheda. In quanto è la conditio sine qua non per dare l'avvio alla procedura di rimborso. Ad ogni chiusura di scheda o comunque a cadenza settimanale viene attivata la procedura di richiesta di rimborso. La piattaforma dei registri Aifa non consente di effettuare una valutazione statistica di questa attività. Nel corso del 2017, anche per carenza di personale, nell'ambito di Ravenna si sono registrate % di chiusura schede inferiori al 95% che sono in fase di recupero.

#### Compilazione database. Eccezioni prescrittive

I farmacisti delle Segreterie Operative di Sede hanno provveduto all'inserimento delle richieste nominali di farmaci off-label, extra-PTR e C-nn nel database regionale delle Eccezioni prescrittive. Nell'anno 2017 sono state inserite complessivamente 219 richieste valutate dalla CF AVR o dalle Segreterie Operative di Sede.



Contestualmente, è stata avviata la raccolta degli esiti clinici delle terapie, per valutare il raggiungimento dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi dal medico proponente.

#### Prescrizioni oncoematologiche

Tutte le prescrizione oncoematologiche sono prescritte nel gestionale Log80 in modo da consentire il prelievo delle informazioni utili ad implementare le piattaforme regionali (FED DBonco)

#### ADR inserite nella piattaforma web “VigiFarmaco”

In tutti gli ambiti territoriali della Romagna si registra un aumento di segnalazioni ADR in “VigiFarmaco” pari a +48,44% rispetto al 2016.

#### Eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici

L’attivazione del Corso FAD “Sistema di Vigilanza per Dispositivi medici” destinato al personale sanitario è stata pubblicata a maggio 2016 ed è tutt’ora disponibile; il corso è del tipo e-learning (1157 iscritti).

Pubblicazione a febbraio 2017 sul link aziendale Qualità e Governo Clinico della Procedura Aziendale PA26-*La vigilanza sui dispositivi medici*.

Seminario sull’utilizzo razionale dei DM per la gestione delle vie aeree in emergenza effettuato il 21/11/2017 presso la Sala Convegni di Pievesestina.

### **2.14.5 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici**

Tutti i farmacisti di Dipartimento hanno illustrato e divulgato presso i Dipartimenti ed UU.OO. coinvolte i documenti regionali sui Dispositivi Medici ed i relativi obiettivi correlati.

#### Indicatori e target

##### **- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (obiettivo > 95%)**

A livello aziendale l’obiettivo è stato perseguito al 90,1%, sebbene resti ancora da consolidare con il 5° invio (sanatoria del 2017) con ritorno informativo aggiornato verso maggio 2018. Da tenere presente che il cambio dei precedenti gestionali informatici verso NFS nel corso del 2017 non ha sempre consentito una corretta alimentazione del flusso DIME (non sempre era agganciato il DM correttamente codificato, confidiamo che il dato con il 5° invio possa migliorare ulteriormente).

##### **- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (obiettivo > 25%)**

L’obiettivo è stato raggiunto al 43,9%.

### **2.14.6 - Attuazione della LR 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”**

Tutti i Servizi Farmaceutici dell’Azienda Usl della Romagna hanno curato l’attività istruttoria dei provvedimenti in capo al Comune, così come disposto dall’art. 21 comma 2 della L.R. 2/2016 e disposto l’erogazione del 1° contributo 2017 alle farmacie rurali interessate entro il 31/12/2017, oltre all’erogazione del 2° contributo disposto successivamente (Determina RER n. 20224 del 13/12/2017).

Rimini: 1° contributo Determina n. 3256 del 23/11/2017 mandato n. 203045 del 14/12/2017; 2° contributo Determina n. 215 del 23/01/2018 mandato n. 200477 del 09.02.2018.

Cesena: 1° contributo Determina n. 3224 del 20/11/2017 mandato n. 203045 del 14/12/2017; 2° contributo Determina n. 3657 del 22/12/2017 mandato n. 20096 del 09/01/2018.

Forlì: 1° contributo Determina n. 3299 del 28/11/2017 BSE n. 90821 del 29/11/2017 e BSE n. 90814 del 29/11/2017; 2° contributo Determina n. 60 del 09/01/2018 BSE n. 1297 del 10/01/2018 e BSE n. 1300 del 10/01/2018.



Ravenna: Il procedimento si è concluso senza la liquidazione poiché le farmacie oggetto della domanda non sono risultate ammissibili al contributo per volume d'affari superiore e per presentazione del volume d'affari incongruente.

#### **2.14.7 - Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici**

L'azienda ha stilata la procedura che regola l'informazione scientifica sul farmaco nella AUSL Romagna, coerentemente agli indirizzi RER (PA n. 134 pubblicata a dicembre 2017).

#### **2.15 – Adozione cartella SoLE**

Nell'anno 2017 è stata svolta una intensa attività di promozione della diffusione della cartella regionale (SSI) in tutti gli ambiti (Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna), con attuazione di:

- incontri per la presentazione della cartella a tutti i MMG della Romagna (maggio-giugno 2017);
- identificazione dei MMG tester e monitoraggio dello sviluppo della versione test in ordine alla migrazione degli archivi da Doctor (RN) e Millewin (Cesena);
- corso di formazione in aula informatica per tutti i MMG dell'ambito di Rn (e relativo personale di studio ; in totale circa 300 utenti) svolto in 2 sessioni per un totale di circa 30 incontri (settembre-novembre 2017);
- integrazione in SSI di tutto il patrimonio informativo (LLGG; schede di supporto alla corretta prescrizione, percorsi guidati, modulistica integrata) per il supporto al governo clinico
- supporto al personale di CUP nella fase di attivazione dei MMG.

Il risultato raggiunto al 31/12/2017 è fissato in 186 MMG della Romagna su 763 convenzionati che risultano operativi con la cartella SoLE, ossia il 24,4% a fronte di un target fissato in almeno il 10%.

### 3 – Assistenza ospedaliera

#### **3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

L'azienda, come previsto dal Progetto regionale, ha provveduto sin dalle fasi iniziali a nominare il Responsabile Unico Aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato comunicando in via formale il nominativo in Regione.

Gli obiettivi previsti dalla DGR 272/2017 - finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati - sono stati prevalentemente raggiunti e segnatamente:

- I criteri di priorità per l'accesso coerenti con le indicazioni regionali sono stati definiti nella maggioranza delle UU.OO. chirurgiche;
- E' stato attivato un controllo aziendale centrale su attività in S.S.N. e L.P.
- E' a regime la gestione informatizzata delle agende di prenotazione;
- Definito il piano di committenza verso le strutture private accreditate.
- L'adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA è avvenuta per tutte le discipline chirurgiche, con la sola esclusione della Cardiologia di Rimini e di Ravenna.
- E' stato portato a regime il sistema di rilevazione di alert nei casi di non rispetto dei tempi delle prenotazioni.

Il relativo lavoro volto al contenimento dei tempi di attesa ha prodotto i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio (calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO):

##### **- per i tumori selezionati: 90% entro 30gg**

Per i tumori selezionati, l'AUSL della Romagna raggiunge l'obiettivo del 90% entro i 30 gg per il colon-retto (92,4%).. Per la prostata, pur non raggiungendo l'obiettivo, si sottolinea che il valore raggiunto del 76,6% entro lo standard risulta essere superiore alla media regionale (42,2%). Per l'utero, il polmone e la mammella i valori risultano al di sotto dello standard ma tendenzialmente allineati alla media regionale.

Nel complesso di questa area di analisi la performance dell'Azienda USL si attesta al 86,35% rispetto al dato regionale del 77,18% (Fonte: SivER).

##### **- Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg**

Per la protesi d'anca, l'obiettivo viene sostanzialmente raggiunto con il contributo del privato; infatti il dato aziendale corrisponde al 90% contro la media R.E.R. dell'81%. Anche le prestazioni dell'area cardiovascolare raggiungono i parametri previsti dalla normativa.

##### **- Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata**

Nel complesso di questa area di analisi la performance dell'Azienda USL si attesta al 76,92% rispetto al dato regionale del 70,61% (Fonte: SivER).

Si veda tabella seguente per il dettaglio di ogni singola tipologia di intervento:

Tempi di attesa ricoveri programmati Ausl Romagna. Anno 2017

Tipo intervento e Tipo azienda		% Tempi di attesa = 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg)
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Azienda USL	0	85,4	99,1	99,4	99,4	99,4	0,6	19
	TOTALE	0	85,4	99,1	99,4	99,4	99,4	0,6	19
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Azienda USL	0,5	77,3	88,1	88,7	95,9	100	0	21
	Privato	0	66,7	93,3	100	100	100	0	19
	TOTALE	0,5	76,6	88,5	89,5	96,2	100	0	21
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Azienda USL	1,5	91,7	99	99,6	99,6	99,6	0,4	15
	Privato	1,4	97,2	100	100	100	100	0	10
	TOTALE	1,5	92,4	99,2	99,7	99,7	99,7	0,3	14
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Azienda USL	4,2	69,6	92,2	96,5	99,1	100	0	25
	Privato	0	50	100	100	100	100	0	32
	TOTALE	4,1	69,2	92,3	96,6	99,1	100	0	25
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Azienda USL	0,5	81,1	97,2	99,5	100	100	0	14,5
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	5
	TOTALE	0,4	82,8	97,4	99,6	100	100	0	14
CHEMIOTERAPIA (DH)	Azienda USL	68,8	89	92,7	95,1	95,1	95,1	4,9	3
	TOTALE	68,8	89	92,7	95,1	95,1	95,1	4,9	3
BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	Privato	0	92	98,5	100	100	100	0	9
	TOTALE	0	92	98,5	100	100	100	0	9
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Azienda USL	4,5	74,9	90,9	95,1	97,2	98,9	1,1	15
	Privato	0	98,9	99,8	100	100	100	0	7
	TOTALE	2,4	86,4	95,1	97,5	98,6	99,4	0,6	10
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Azienda USL	0,5	57,7	83,7	93,9	96,9	98	2	26
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	1
	TOTALE	0,5	57,9	83,8	93,9	97	98	2	26
CORONAROGRAFIA (DH)	Azienda USL	1	85,2	97,9	99,4	99,6	99,6	0,4	13
	TOTALE	1	85,2	97,9	99,4	99,6	99,6	0,4	13
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Azienda USL	2,4	10,1	26,5	40,8	54,2	77	23	111
	Privato	0,8	68,4	86,5	92,6	96	98,1	1,9	19
	TOTALE	1,4	45,6	63	72,4	79,7	89,9	10,1	36
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Azienda USL	0,7	16	22,5	28,8	35	47,6	52,4	190
	Privato	0,4	49,7	76,1	89,5	94,2	97,8	2,2	31
	TOTALE	0,6	27,9	41,4	50,2	55,9	65,3	34,7	90
BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Azienda USL	44,4	76,7	86,7	96,7	100	100	0	10,5
	TOTALE	44,4	76,7	86,7	96,7	100	100	0	10,5
EMORROIDECTOMIA (DH)	Azienda USL	0	100	100	100	100	100	0	5
	Privato	0	50	75	75	100	100	0	23
	TOTALE	0	60	80	80	100	100	0	14
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Azienda USL	1	35,5	61,2	71,8	76,9	85,2	14,8	47
	Privato	0,2	71,1	91	94,9	95,8	97,3	2,7	18
	TOTALE	0,5	55,5	78	84,7	87,5	92	8	27

Fonte: Banca dati SDO, Efficienza. Regione Emilia-Romagna. Anno 2016 consolidato senza mobilità passiva

Infine, per quanto concerne il raggiungimento dei target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa (Indicatore sintetico RADAR  $\geq 80\%$ ), sui sei parametri analizzati n. 3 superano l'80%; n. 2 appaiono leggermente inferiori allo standard (78%); n. 1 risulta non raggiunto.

### **3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**

#### **RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA (DGR 2040/2015)**

Nell'anno 2017 sono proseguite le azioni relative alla realizzazione del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, realizzando il compimento del percorso di riduzione/riconversione volto al raggiungimento della dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati, come indicato nella DGR 2040/2015.

La situazione rilevata al 31.12.2017 (Fonte: modello HSP 13 - anno 2017) è rappresentata sinteticamente nella tabella sottostante:

Struttura	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	TOTALE
Pubblico (compreso IRST)	2.811	93	32	<b>2.936</b>
Privato	1.196	30	53	<b>1.279</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.007</b>	<b>123</b>	<b>85</b>	<b>4.215</b>

La riduzione dei PL in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale dei PL al 3,7 per 1.000 abitanti ma nel contempo, viste le criticità derivanti dalla variabilità di popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, ci si è attestati ad un valore di 3,74. Tale valore rappresenta il picco massimo della disponibilità di posti letto necessaria a far fronte alle oscillazioni di aumento della domanda.

#### **MULTIDISCIPLINARIETÀ NELLA GESTIONE DEI PERCORSI ONCOLOGICI OGICI**

L'Ausl della Romagna nel corso del 2017 ha promosso lo sviluppo e la realizzazione di 29 percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) in modo da rispondere ai bisogni della popolazione assistita in maniera più possibile omogenea, coordinata e comprensiva, riducendo la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico. In aggiunta all'aspetto diagnostico-terapeutico, il termine assistenziale include e mette in risalto l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità, e il sostegno psicologico e sociale. Nello specifico, in campo Oncologico in stretta collaborazione con l'IRCCS/IRST di Meldola nell'ambito del Programma interaziendale AUSL-IRCCS/IRST sono stati istituiti 7 Gruppi multidisciplinari di patologia (mammella, gastro-enterico, toracico, epatobiliopancreatico, genito-urinario, tumori rari e sarcomi ed ematologia e trapianti) con la nomina dei rispettivi responsabili e la definizione del mandato.

Per quanto riguarda i Centri di senologia questi sono stati istituiti nel numero di 3: una per la provincia di Rimini già certificata EUSOMA dal 2014, una nella provincia di Ravenna di cui è stata creata l'equipe unica itinerante chirurgica con sede a Ravenna e il meeting per la presa in carico multidisciplinare ed una nella provincia di Forlì Cesena. E' stato istituito il meeting unico multidisciplinare per la discussione dei casi di tumore epatobiliopancreatico, il meeting unico per la discussione della casistica complessa di patologia toracica (sono già da tempo attivi tre meeting nei tre ambiti territoriali) e della patologia genitourinaria. Proseguono i lavori dei meeting locali di pazienti affetti da tumore gastroenterico, del meeting unico per la presa in carico della patologia neuro-oncologica.

### **3.3 – Appropriatezza**

L'attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 volti a garantire l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA, ha visto il raggiungimento dell'obiettivo di incrementare di almeno 5 punti percentuali il trasferimento in regime ambulatoriale - mediante l'individuazione ed il monitoraggio di specifici percorsi alternativi al ricovero - delle prestazioni chirurgiche relative alle seguenti classi di patologie:

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;
- DRG 88 M Malattia polmonare cronica ostruttiva;
- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC;
- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno);
- DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale;
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione;
- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC.

Nello specifico è stato raggiunto l'obiettivo di ridurre i ricoveri di almeno il 5% per:

DRG 008 C (-21,2% vs 2016);

DRG 88 M (-6,3% vs 2016);

DRG 503 C (-9,8% vs 2016).

Per gli altri DRG il decremento dei ricoveri è stato inferiore al 5%, mentre l'unica classe di patologia che ha visto crescere il dato è DRG 429 M (+9,8% vs 2016).

Inoltre, rispetto all'obiettivo di contenere i DRG ad alto rischio di inappropriatezza:

**- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario  $\leq 0,21$  (Griglia LEA)**

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a D.R.G. ad alto rischio di inappropriatezza e non, rilevato nel 2017 in Ausl Romagna e ricomprensivo anche l'attività delle strutture private, corrisponde ad un valore pari a 0,24 (Fonte: SivER), pertanto l'obiettivo prefissato nel complesso non risulta raggiunto.

Al contrario, l'analisi per singolo presidio pubblico evidenzia un target adeguato in ciascun ospedale, con l'unica eccezione di Faenza. Di seguito il dettaglio per singolo presidio:

OSP RAVENNA 0.16;

OSP. LUGO 0.13

OSP. FAENZA 0.23

OSP. CESENA 0.17

OSP. FORLÌ 0.20

P.O. RN-SN 0.16

P.O. RC-CT 0.20

### 3.4– Volumi ed esiti

Nel corso del 2017, l'Azienda si è fortemente impegnata a portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 nel rispetto dei valori soglia previsti sui volumi ed esiti indicati.

In particolare, rispetto al superamento delle sedi chirurgiche in base alla casistica trattata si riporta quanto segue (Fonte: SivER):

**Tumore della mammella:** solo le unità operative degli ospedali di Forlì, Cesena e Santarcangelo di Romagna hanno superato il valore soglia di 150 interventi all'anno previsto dal DM 70/2015. La percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia si ferma pertanto al 74,5%.

**Colecistectomia:** tutte le unità operative di chirurgia generale degli ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza, Forlì, Cesena, Rimini e Riccione hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per colecistectomia, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 95,4%.

**Fratture del femore:** tutte le unità operative di ortopedia e traumatologia dell'Azienda hanno superato il valore soglia di n° 75 interventi/anno. La percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia si ferma al 99,4%.

**IMA:** tutte le unità operative hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per infarto miocardico acuto, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 99,7%.

**PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%):** negli ospedali di Ravenna, Forlì e Rimini si sono rispettati i volumi previsti dal DM70 di almeno 250 interventi all'anno di Angioplastica Coronarica Percutanea e di almeno 75 interventi di Angioplastica Coronarica Percutanea Primaria; mentre nell'ospedale di Cesena nel 2017 ne sono stati effettuati 248 di Angioplastica Coronarica Percutanea di cui 5 primarie.

**By-pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%):** gli interventi di By-pass Aortocoronarico isolati vengono eseguiti esclusivamente presso la clinica privata Villa Maria Cecilia, in cui si riscontra un tasso di mortalità non aggiustato a 30 giorni del 2,14% (4 decessi su 187 interventi), pertanto in linea con l'obiettivo regionale.

**Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%):** anche gli interventi di Valvuloplastica vengono eseguiti esclusivamente presso la clinica privata Villa Maria Cecilia, in cui si riscontra un tasso di mortalità non aggiustato a 30 giorni del 1,91% (11 decessi su 576 interventi), pertanto in linea con l'obiettivo regionale.

Per la rete Stroke le Aziende devono predisporre una relazione sullo stato di avanzamento della rete contenente i seguenti parametri: (% trombolisi e.v.; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit) ed inviarla contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra (scadenza ottobre 2017).

### 3.5 – Emergenza Ospedaliera

Unitamente al direttore di dipartimento Emergenza Urgenza aziendale, ai direttori delle U.O. Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza aziendali e ai referenti delle Direzioni Mediche di presidio, si è proceduto all'analisi dell'algoritmo NEDOCS, indicato dal livello regionale quale possibile score di analisi della situazione real-time dei Pronti Soccorsi della RER, [85,5 (C/A) + 600 (F/B) + 13,4 (D) + 0,93 (E) + 5,64 (G)-

20] al fine di definirne, in modo omogeneo e condiviso, la corretta applicazione in ognuno dei 7 pronti soccorsi dell'AUSL della Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini, Faenza, Lugo e Riccione).

Si è provveduto a verificare in primis la possibilità di calcolare in modo automatico i tempi previsti dall'algoritmo: l'**admit time**, cioè il tempo di attesa massimo per ospedalizzazione e quindi il tempo di boarding e il **reg time**, cioè il tempo massimo di attesa per la prima visita. Questo per ognuno dei 4 sistemi informatici attualmente in essere nei vari ambiti aziendali. Successivamente si è cominciato a definire le variabili indipendenti: il n° di letti in PS presidiati, il numero totale di posti letto ordinari in ospedale disponibili per il ricovero in acuto da PS) e il numero di pazienti critici in Pronto Soccorso.

Il fine ultimo è quello di "fotografare" in modo automatico la situazione dei PS in modo da poter intercettare rapidamente le situazioni critiche ed attivare, di conseguenza, azioni condivise e codificate.

Tali azioni, in attesa della piena attuazione dell'algoritmo NEDOCS (legato alla gara – conclusa – del programma unico aziendale di Pronto Soccorso), sono state testate a partire da dicembre 2017 a livello di ogni presidio e a seconda dell'iperafflusso contingente locale: reparto "polmone", cingolo dei posti letto specialistici, potenziamento dell'organico medico/infermieristico, letti soprannumerari nei reparti, ecc.

### **3.6 – Attività trasfusionale**

Gli obiettivi previsti nell'ambito dell'attività trasfusionale riguardano:

**- Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017**

In materia di Patient Blood Management (PBM), presso l'Azienda USL della Romagna è già in essere la procedura AVR PSP P22 (PBM) nel rispetto del D.M. 2 Novembre 2015 e delle Linee Guida del CNS. Nel corso del 2017 sono stati incontrati i dipartimenti a maggior utilizzo di emocomponenti ed illustrato il percorso PBM.

**- Trasmissione entro il 30 luglio delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017**

Sono state stipulate e firmate le convenzioni con l'associazioni dei donatori (AVIS). Si è inoltre lavorato alla stesura della procedura P25 PSP dove vengono definite le informazioni relative al donatore che devono essere obbligatoriamente riportate nella compilazione della sua cartella sanitaria informatica e le modalità di corretto inserimento nel TIS di ogni tipologia di prelievo o accesso del donatore (tali accessi devono essere conteggiati al fine dei rimborsi previsti in convenzione).

Anche per l'anno 2017 è stata garantita la formazione a gran parte degli operatori interessati, nonché l'autosufficienza su scala locale e regionale attraverso la cessione di 5.036 unità al Centro Regionale Sangue, come previsto dal CRS.

### **3.7 – Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

Gli obiettivi previsti per l'anno 2017 di verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni e del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, sono stati discussi in data 6 marzo 2018 presso il CRT di Bologna, presenti il Coordinatore del Centro Trapianti Regionale, i coordinatori locali degli ambiti aziendali e i referenti delle direzioni mediche dei Presidi Ospedalieri. Nell'occasione sono stati consegnati i documenti richiesti.



Per quanto concerne l'obiettivo di sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna): l'obiettivo è stato raggiunto a livello complessivo aziendale. L'analisi per territorio evidenzia che solamente Faenza non raggiunge appieno lo standard previsto.

Il relazione all'obiettivo di sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna): si evidenzia che sono stati eseguiti prelievi multi tessuto a Cesena e Forlì.

In linea generale, l'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule per l'AUSL Romagna si può valutare positivamente, come risulta dalle schede riportanti i dati di attività e i fondi stanziati per l'anno 2017, inviate dal CRT nel mese di febbraio 2018.

### 3.8 – Sicurezza delle cure

Nel corso del 2016/2017, in coerenza con le linee guida regionali, è stato redatto il Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, approvato con delibera del Direttore Generale n. 41 del 09/02/2017 ed avente ad oggetto "SISTEMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO. PIANO PROGRAMMA GESTIONE DEL RISCHIO 2016 – 2018".

La relazione annuale consuntiva relativa alle azioni di miglioramento previste nel Piano Programma, completo di tutti i dati provenienti dalle fonti informative previste dalle linee di indirizzo regionali è stata inviata con nota a firma del Direttore Sanitario l'1 marzo 2018 (prot. 0052178).

Nel corso del 2017 sono stati segnalati alla Regione 13 eventi sentinella attraverso la compilazione della schede ministeriali, cui sono seguite azioni di miglioramento riconducibili alle seguenti tipologie: revisione di procedure, attività formativa, azioni organizzative, focus group, attività di retraining, ulteriori analisi (FMEA, audit clinici), adeguamenti strutturali (come meglio specificato nella relazione annuale consuntiva). Il sistema di segnalazione Incident Reporting ha visto per l'anno 2017 un incremento del numero di segnalazioni anche grazie allo sviluppo di interventi formativi su tutto l'ambito aziendale. Già dall'anno 2016 l'Azienda si è dotata di una specifica procedura riguardante la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss.

È proseguito nell'anno 2017 il consolidamento del flusso SSCL collegato alla scheda di dimissione ospedaliera anche grazie all'attività di un team multidisciplinare che vede coinvolti il Controllo di Gestione, i Sistemi Informatici, il Tavolo della Sicurezza delle Cure, la DIT e le Direzioni Mediche di Presidio. È stata attivata la sperimentazione della compilazione della SSCL informatizzata su palmare nel blocco operatorio di Ravenna. L'AUSL della Romagna ha partecipato al progetto regionale "OSSERVARE" atto a verificare l'appropriatezza dell'utilizzo della SSCL che ha coinvolto tutti blocchi operatori. All'esito delle osservazioni si è proceduto alla redazione della procedura unica aziendale "La sicurezza del percorso chirurgico" per l'uso appropriato della SSCL e la corretta identificazione del paziente/lato/sito. Inoltre, sono stati progettati moduli di formazione interattiva sull'applicazione della SSCL che vedranno coinvolte tutte le equipe chirurgiche.

È stata effettuata la mappatura delle Unità Operative in cui è in uso il **braccialetto identificativo** (i cui risultati sono stati inviati in regione con nota a firma del Direttore Sanitario il 14 novembre 2017). Ad esito della mappatura è stato implementato l'uso del braccialetto identificativo per tutti i pazienti che accedono ai Pronto Soccorso aziendali (obiettivo di budget per il Dipartimento di Emergenza) mentre con la progressiva implementazione della cartella informatizzata prosegue la diffusione dell'adozione del braccialetto informatizzato.

L'azienda continua ad aderire al monitoraggio regionale delle **raccomandazioni per la sicurezza delle cure** e prosegue il processo di unificazione delle procedure specifiche a partire da quelle collegate alle attività cliniche-assistenziali che si sono rivelate più critiche o maggiormente disomogenee. Nel corso dell'anno 2017 sono state redatte e pubblicate le procedure relative a: vigilanza sui dispositivi medici, gestione e trattamento delle lesioni da pressione, gestione dei pazienti colonizzati/infetti da enterobatteri resistenti ai carbapenemi, igiene delle mani, prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori, assistenza alla donna e al neonato durante il travaglio di parto. Inoltre, nel 2017 sono iniziati i lavori per l'elaborazione della procedura aziendale per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio di parto che ha visto la partecipazione di professionisti dei 4 ambiti: medici ostetrici/ginecologi, anestesista, farmacista, infettivologo. La procedura si articola in 4 sezioni: la malattia tromboembolica, l'emorragia postpartum, l'ipertensione - preeclampsia, la sepsi, la morte materna dovuta ad anestesia. Il termine per la conclusione dei lavori e pubblicazione della procedura è stato fissato al 30 giugno 2018. E' stato inoltre attivato un progetto aziendale "*sorveglianza near miss ostetrici e mortalità materna*" con il coinvolgimento dei medici già individuati come referenti di ambito per i near miss ostetrici.

Sono state completate nel corso del 2017 le visite programmate nell'ambito del progetto VISITARE cui sono seguite azioni di miglioramento per le varie raccomandazioni oggetto di osservazione (il dettaglio è contenuto nella relazione annuale consuntiva del piano programma).

Nel corso del 2017 è stata pubblicata la procedura unica aziendale per la **prevenzione e gestione delle cadute in ospedale** e sono proseguiti gli interventi per l'implementazione del piano aziendale prevenzione delle cadute, in particolare: identificazione del gruppo multidisciplinare operativo aziendale, formazione residenziale del personale e corso FAD, audit nelle UU.OO. a campione, inizio dei sopralluoghi ambientali (il dettaglio delle attività è contenuto nell'aggiornamento del piano aziendale per la prevenzione delle cadute allegato alla relazione annuale consuntiva del Piano Programma).

### **3.9 – 118 e Centrali Operative**

Nel 2017 è iniziata la formazione, organizzata in 2 fasi, (una teorica via FAD e una pratica residenziale) per tutto il personale infermieristico (circa 250 operatori) del 118 Romagna, seguendo le indicazioni regionali del gruppo di lavoro nel quale i responsabili dell'Emergenza Territoriale AVR – 118 erano presenti fin dall'inizio, in applicazione alla DGR 508/2016, e che terminerà entro aprile 2018. Il progetto è all'interno del PAF aziendale.

Durante il 2017 è stato attivato il sistema del Disaster Recovery, in occasione dell'incendio occorso alla nostra Centrale Operativa, con una ottima risposta del Sistema e vicariamento della Centrale Operativa su Bologna con dislocamento del nostro personale su tale Centrale per una settimana. Sono tuttora in corso, essendo un work in progress, piccole modifiche tecnologiche.

Si sono svolti, presso la nostra Centrale, corsi regionali di formazione e di retraining per il personale addetto alle Centrali Operative.

Il 1° giugno 2017 è iniziata la sperimentazione regionale per l'elisoccorso notturno sulla base di Bologna a cui hanno partecipato e partecipano tutt'ora personale Medico e Infermieristico dell'Azienda USL della Romagna, e le basi di elisoccorso di Ravenna e Cesena sono state confermate come idonee a tale tipologia di attività.

### **3.10 – Reti Hub and Spoke per le Malattie Rare**

Il servizio di genetica aziendale, oltre alle attività rivolte al counselling e alla diagnosi prenatale, mette a disposizione, in tutte le sedi ospedaliere (Cesena Osp. Bufalini, Forlì Osp. Pierantoni-Morgagni, Ravenna Osp. S.Maria delle Croci, Rimini Osp. Infermi), la propria competenza a favore delle UU.OO. di Pediatria e per il sostegno alle famiglie con diagnosi sospetta o accertata di malattia genetica (comprese le malattie rare).

Gli accessi del genetista nelle singole sedi erogative sono programmati, ma in caso di ulteriori necessità tutte le richieste vengono evase in tempi brevi. Il follow-up è gestito dal servizio stesso.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete di Psicologia ai Dipartimenti Salute Donna è stato assegnato uno Psicologo per le problematiche specifiche di donne e bambini. Oltre a questa nuova figura, sono presenti gli psicologi afferenti alle singole UU.OO. di dipartimento e ciascuno per la propria parte collabora alla gestione dei casi in relazione alla specificità del problema rilevato.

Il primo accesso è diretto. I tempi di presa in carico del bambino e della famiglia sono rapidi.

### **3.11 – Rete delle Cure Palliative pediatriche**

I referenti sono stati individuati e hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale. Si veda nota del Direttore Sanitario prot. n. 88552/P del 27/04/2017

### **3.12 – Accreditalamento**

Durante il 2017 è proseguita l'attività di valutazione del grado di adesione ai nuovi requisiti di accreditalamento (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20.12.2012) e durante gli audit interni pianificati ed effettuati nell'anno di riferimento sono stati individuati specifici progetti/azioni di miglioramento in relazione alle singole Unità Operative verificate.

Si è quindi provveduto alla predisposizione di un piano di adeguamento. A seguito dell' approvazione della DGR 1943/2017 l'Azienda ha inviato al responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna una nota che descrive le azioni di adeguamento intraprese negli anni 2016-2017, nonché le ulteriori azioni di miglioramento pianificate per il 2018 al fine di conseguire il pieno raggiungimento di tutti requisiti generali di accreditalamento (nota Prot. 2017/ 0291350/P).

La domanda di rinnovo dell'accreditalamento verrà presentata nel 2018, secondo le modalità e la tempistica indicate dagli organi regionali.

L'aggiornamento delle anagrafe delle strutture è in fase di completamento a carico al Dipartimento di Sanità Pubblica.

## **4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**

### **4.1 - Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA**

Il Consuntivo 2017 dell'Azienda USL della Romagna rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie dalla DGR n. 830/2017: l'utile di esercizio è pari ad € 16.950.

L'analisi dettagliata dei risultati raggiunti in riferimento all'obiettivo di garantire l'equilibrio economico-finanziario è contenuta nel capitolo 5 della presente relazione avente ad oggetto "La gestione economico-finanziaria dell'Azienda".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati dalla DGR 830/2017, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2017 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale a settembre 2017. Di tale verifica, congiuntamente all'informativa sul Bilancio Economico Preventivo 2017, adottato con delibera n. 269 del 15/06/2017 e approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1260 del 28/08/2017, è stata inoltre informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Contestualmente all'inserimento dei dati relativi ai Modelli CE trimestrali nella procedura ministeriale NSIS sono state inviate in regione le certificazioni relative all'andamento economico – finanziario previste dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in cui l'Azienda ha certificato la coerenza dell'andamento economico-finanziario della gestione aziendale con la condizione di equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale.

#### **4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, nel 2017 l'Azienda ha proseguito la propria attività di efficientamento del ciclo passivo nelle diverse fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture, i tempi medi di pagamento si sono ulteriormente abbreviati attestandosi a 61,79 giorni a fronte dei 66,8 giorni del 2016, dei 72,65 giorni del 2015 e degli 80 giorni registrati nel 2014.

*L'indicatore di tempestività dell'anno 2017 è quindi pari a + 1,79 giorni.*

#### **4.1.2 – Il miglioramento del sistema informativo contabile**

Nel corso del 2017 l'Azienda USL della Romagna ha assicurato il rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali in materia contabile, in particolare l'Azienda si è impegnata:

- nel perfezionamento delle modalità di applicazione dei principi di valutazione specifici e dei principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario;
- nel miglioramento delle modalità di compilazione degli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- nella verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011 e della relativa Casistica applicativa, nonché delle indicazioni regionali;
- nell'implementazione e nel corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;

- nella puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

L'Azienda si è inoltre impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del proprio bilancio anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale.

Nel corso del 2017 è stata assicurata, nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche e nel bilancio di esercizio, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso l'alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali, effettuando le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale.

#### **4.1.3 – Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**

L'Azienda nel corso dell'anno 2017, in continuità con gli esercizi precedenti, si è impegnata per la realizzazione delle azioni volte all'attuazione del PAC regionale, previste dal crono-programma di cui all'allegato 1 della DGR 150/2015.

La Direzione Amministrativa, la Dirigenza ed il Servizio di Audit Interno, hanno svolto attività finalizzate:

- al recepimento delle indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali;
- alla redazione, l'adeguamento, l'implementazione, l'applicazione e la verifica delle procedure amministrativo contabili e dei regolamenti, coerentemente con i requisiti minimi definiti dalle Linee Guida Regionali.

In particolare, per quanto riguarda l'area tematica Debiti-Costi, si è provveduto:

- in primis, alla stesura della procedura generale del Ciclo Passivo degli Acquisti di Beni e Servizi, che delinea tutte le fasi di cui si compone il predetto ciclo ed individua gli strumenti amministrativo-gestionali da utilizzare per la rilevazione dei fatti di gestione. Le relative scritture contabili aziendali vengono effettuate attraverso il software di contabilità NFS, utilizzato in Azienda per il ciclo passivo;
- in seguito, alla redazione, all'applicazione e alla verifica delle singole procedure specifiche per tipologia di bene e servizio, oggetto di analisi del processo di acquisizione. Ciò al fine sia di dettagliare le attività da porre in essere nelle varie fasi del ciclo passivo, alle quali corrispondono anche diverse Responsabilità definite dall'organigramma aziendale, sia di uniformare i comportamenti ancora facenti capo, per vari aspetti, alla precedente articolazione per ambito territoriale.

Il progetto che l'Azienda si è data e che per la maggior parte ha realizzato durante il corso dell'anno 2017, è stato certamente ambizioso e imponente, in quanto si è spinta ad un elevato grado di analiticità nella descrizione dei vari processi operativi in cui si articola il ciclo passivo, che ha determinato la redazione di numerose procedure.

L'Audit Interno, nell'ambito delle sue funzioni, ha calendarizzato la revisione di alcune procedure, da concludersi entro l'anno 2018, al fine di conseguire un progressivo perfezionamento delle stesse, alla luce anche delle osservazioni e dei suggerimenti formulati dal Collegio Sindacale in occasione delle revisioni limitate. Il percorso di perfezionamento tuttavia, non potrà prescindere dall'adozione di un unico applicativo aziendale, come segnalato anche dal Collegio Sindacale in esito alle revisioni limitate effettuate

nell'anno 2016. Il Collegio Sindacale ha infatti rilevato che i differenti gestionali utilizzati negli ambiti territoriali afferenti all'Azienda e le rispettive funzionalità offerte, in alcuni casi, sono tali da rendere difficile il perfetto allineamento agli standard procedurali previsti dal PAC, sebbene rispondano alle esigenze di monitoraggio previste dalla normativa vigente in materia.

Ciò è confermato anche dall'esito delle Revisioni Limitate effettuate dal Collegio Sindacale nell'anno 2017, richieste dalla Regione con la nota 44728 del 30/01/2017, secondo quanto previsto dal già citato crono-programma, relativamente alle seguenti Aree:

- Requisiti generali: Regolamenti - Budget - Rilievi/Suggerimenti del Collegio Sindacale e Regione;
- Ciclo attivo: Area Crediti-Ricavi;
- Ciclo attivo: Area Disponibilità Liquide;
- Ciclo passivo: Area Debiti – Costi.

Il Servizio di Audit Interno, come avvenuto anche per l'anno 2016, ha fornito un importante supporto al Collegio Sindacale per il completamento delle revisioni limitate, effettuando i controlli e le verifiche individuati e condivisi di volta in volta con il Collegio. L'esito delle revisioni limitate, che può ritenersi complessivamente positivo, ha evidenziato il permanere anche per l'anno 2017, di più sistemi contabili diversi e la conseguente adozione di soluzioni differenti per ambito. I sistemi IT utilizzati dall'Azienda infatti, pur tendendo alla omogeneizzazione e pur garantendo un sufficiente livello di efficacia, sono ancora oggi diversi ed utilizzano più integrazioni. Il Collegio Sindacale ha pertanto auspicato che col nuovo GAAC si possa raggiungere un maggior livello di integrazione tra le procedure informatiche ed il sistema informativo contabile, ed un maggior livello di uniformità delle modalità operative adottate.

L'esito del monitoraggio regionale ha confermato sia l'impegno nella realizzazione delle azioni volte all'attuazione del PAC, sia il conseguimento degli obiettivi attraverso le azioni medesime, da parte dell'Azienda.

Si precisa che, come segnalato:

- dal Collegio Sindacale nell'ambito della revisione limitata,
- dall'Azienda in sede di monitoraggio regionale del PAC,

relativamente al trattamento economico del personale dipendente, afferente all'Area Debiti-Costi, essendo in applicazione il nuovo software regionale (GRU), al momento della revisione e del monitoraggio, la redazione delle procedure di controllo era in fase di ultimazione, in relazione anche alla messa a disposizione del Business Intelligence (B.I.). L'Audit Interno ha comunque provveduto ad effettuare i controlli e le verifiche necessari al completamento della revisione limitata e l'Azienda ha redatto, nei tempi immediatamente successivi, le relative procedure.

Nel corso dell'anno 2017 si è provveduto ad uniformare la disciplina, redigendo un unico regolamento a livello aziendale, di alcune materie rientranti nel campo dei requisiti generali, nelle quali esistevano le previgenti regolamentazioni per ambito territoriale, come nel caso del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi di importo inferiore ad €. 40.000,00 adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 347 del 09/08/2017 o della procedura per la Gestione dell'aggiornamento obbligatorio esterno PA12 del 29/01/2018. Anche negli altri casi residuali, si provvederà entro l'anno 2018 alla redazione di un unico regolamento aziendale.



Per quanto riguarda le Linee Guida Regionali relative ai Fondi per Rischi ed oneri, l'Azienda ha ritenuto più opportuno, laddove possibile, inserire nelle specifiche procedure per materia, anche la parte relativa alla tale tipologia di accantonamento descrivendone i criteri sia per l'accantonamento, sia per il relativo utilizzo. L'integrazione verrà completata nel corso dell'anno 2018.

L'Azienda, come avvenuto negli anni precedenti, ha partecipato con i propri collaboratori ai Gruppi di lavoro operativi già attivati ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee guida regionali.

#### Indicatori e target

##### **- Implementazione Adempimenti 2017 con riferimento alle aree (obiettivo =100%)**

- I) Progettazione Sistema di Audit: raggiunto il 100% adempimenti;
- II) Area Crediti-Ricavi: raggiunto il 90% adempimenti;
- III) Area Disponibilità Liquide: raggiunto il 90% adempimenti;
- IV) Area Debiti-Costi: raggiunto il 70% degli adempimenti (considerando anche la parte relativa ai Fondi per Rischi ed oneri);
- V) Revisioni limitate: raggiunto il 100% degli adempimenti.

#### **4.1.4 – Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**

La gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile finalizzata all'implementazione di un sistema unico regionale, ha visto la costituzione di un gruppo strategico regionale - con rappresentanti delle due aree vaste e dell'Azienda Unica della Romagna aventi professionalità specifiche di bilancio, controllo di gestione, informatica e logistica – con l'obiettivo di condividere i parametri da implementare a valere dal 2019 nelle singole aziende.

L'AUSL della Romagna è divenuta punto di riferimento tecnico-specialistico per l'implementazione della logistica e dei flussi amministrativi per la gestione dei beni. In particolare il contributo offerto nel tavolo strategico riguarda:

- la progettazione dei futuri workflow tecnici ed amministrativi relativi ai processi di approvvigionamento;
- la progettazione del Gantt di sviluppo del progetto per tutta l'Emilia Romagna;
- l'analisi dei requisiti utente per le attività di approvvigionamento;
- la strutturazione delle anagrafiche uniche regionali, per le quali l'AUSL della Romagna è stata individuata quale polo strategico di riferimento insieme a Reggio Emilia e Bologna.

Fra i compiti del tavolo strategico c'è anche l'approvazione di tutte le scelte organizzative, che abbiano un impatto sul software, per tutta la RER. Pertanto:

- è stata garantita la partecipazione costante e attiva ai gruppi e ai tavoli di lavoro oltre che la partecipazione al tavolo strategico GAAC, compatibilmente con i contestuali incontri con la Direzione Generale di questa Azienda;
- sono stati organizzati incontri, anche non verbalizzati, tra i componenti del gruppo della logistica e tra questi e l'RTI;
- è stata predisposta la documentazione utile a definire il gantt delle attività da svolgere;
- sono state definite le linee guida dei principali processi contabili e amministrativi;



- sono stati predisposti i progetti di riorganizzazione aziendale.

#### **4.2 – Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

Gli obiettivi previsti nell'ambito dell'attività di governo dei processi di acquisto di beni e servizi riguardano:

##### Indicatori e target:

- ***Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi***

Si conferma che l'UO Acquisti si attiva prontamente per l'adesione a tutte le convenzioni IntercentER appena vengono pubblicate, verifica sistematicamente, prima dell'emissione di una gara, che non sussistano convenzioni attive né di IntercentER né di Consip, e utilizza i mercati elettronici delle due centrali di acquisto per le procedure sotto soglia comunitaria. Tale comportamento ha condotto nell'esercizio 2017, ad un livello di centralizzazione degli acquisti superiore all'80% del totale effettuato nell'anno.

- ***Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie***

Anche per l'indicatore "Totale degli importi dei contratti relativi a farmaci, antisettici, energia elettrica e gas, stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie" si può affermare che nell'anno 2017 vi è stata una tempestiva adesione alle convenzioni di farmaci che ha determinato la seguente situazione: importo totale dei contratti farmaci nell'anno pari ad € 490.289.152,91 di cui ordinativi emessi su convenzioni Intercent-ER per € 436.151.466,90, pari al 88,95%, mentre i contratti ponte aziendali stipulati nell'anno sono pari a € 54.137.686,01. Anche per la categoria di farmaci rappresentata dai vaccini si ripropone una situazione analoga: importo totale dei contratti pari ad € 5.788.586,05 di cui € 4.813.778,85 emessi su convenzioni Intercent-ER pari al 83,16%, mentre i contratti aziendali stipulati nell'anno sono pari a € 974.807,20. Per i prodotti di antisettici nel 2017 non erano presenti convenzioni della centrale acquisti regionale. Infine i fattori produttivi energia elettrica e gas sono stati acquisiti al 100% su convenzioni Intercent-ER.

- ***Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario***

In relazione all'indicatore "Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario" si evidenzia che nell'ultimo trimestre dell'anno 2017 sono state bandite 5 gare a rilievo comunitario tutte espletate sulla piattaforma telematica regionale.

- ***Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)***

Anche l'utilizzo del mercato elettronico regionale ha superato il target previsto di 20 richieste di offerta avendo avviato più di 100 gare sul MerER - mercato elettronico di Intercent-ER.

- ***Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati***

L'inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso NoTI-ER è stata introdotta nella documentazione di gara a partire da settembre 2016 diffondendo il testo della clausola anche a tutte le unità operative aziendali che stipulano contratti tramite nota protocollata inviata dalla U.O. Acquisti Aziendali, consentendone, in tal modo, l'introduzione sul 100% dei contratti

- ***Almeno il 35% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER***

Gli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER sono stati superiori al 75% degli ordini emessi attraverso il software NFS.

#### **4.3 – Il governo delle risorse umane**

##### **RISPETTO LEGGE 161/2014**

Il piano assunzioni 2017, redatto sulla base delle indicazioni regionali di cui alla nota della Regione Emilia Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, prot. n. 0192790 del 22.03.2017, in atti prot. 0061952 del 22.03.2017, ad oggetto “Piano Assunzioni 2017” è stato autorizzato con nota della Regione Emilia Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare prot. n. 525887 del 17.07.2017, in atti prot. n. 157765 del 17.07.2017, ad oggetto “Piani di Assunzione 2017. Autorizzazione”.

Le azioni previste sono inserite nel quadro degli attuali assetti dell'Azienda Usl della Romagna tenendo conto della prospettiva di revisione organizzativa sulla base di quanto previsto nel documento “*linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera dell'Ausl della Romagna*” - predisposto alla luce delle indicazioni della DGR Emilia Romagna 2040/2015 e del DM salute 70/2015 - approvato dalla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale in data 9 gennaio 2017, nonché della revisione degli assetti delle direzioni tecniche (Medica, Infermieristica e farmaceutica) e delle prospettive di sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica.

In tale contesto, sono state attuate azioni prioritarie di intervento volte da un lato a salvaguardare la consistenza degli organici, prevalentemente del personale sanitario e tecnico assistenziale, dall'altro a consolidare le postazioni lavorative coperte da personale a tempo determinato, attraverso il graduale passaggio al rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Con riferimento al personale dei ruoli sanitari e dei profili tecnici addetti a funzioni di assistenza o strettamente collegate (OSS, autisti di ambulanza e necrofori) si è garantita la completa copertura del turn over 2017 a garanzia dei livelli assistenziali. Con riferimento invece al personale del ruolo tecnico, non addetto a funzioni assistenziali e del ruolo professionale e amministrativo, è stata assicurata una parziale copertura del turn over 2017, prevalentemente per sopperire a carenze nell'area della gestione sistemi informativi e in quella delle risorse strutturali e tecnologiche, al fine di garantire il rispetto degli standard strutturali, tecnologici e informatici riferiti a impianti, strumenti e tecnologie a supporto dell'attività sanitaria.

L'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 tra la Regione Emilia Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, con conseguente processo di stabilizzazione degli organici, ha determinato una limitazione del ricorso alle forme contrattuali c.d. atipiche ed una diminuzione della relativa spesa. A consuntivo, infatti, la spesa per il lavoro atipico risulta essere pari ad €. 1.694.872 e con un risparmio rispetto al 2016 di circa il 32,55% pari ad €. 818.011.

In particolare, in continuità con le azioni già intraprese negli anni precedenti e sulla base delle indicazioni e accordi regionali in materia, nel 2017 sono stati superati 13 rapporti di lavoro autonomo, a fronte dei quali si è provveduto all'attivazione di rapporti di lavoro dipendente, aggiuntivi rispetto ai 56 già superati nel 2016.

Sempre in continuità con le azioni degli anni precedenti, i processi di stabilizzazione e superamento di postazioni già coperte da rapporti di lavoro a tempo determinato hanno consentito di stabilizzare 136 figure nel 2017. Nel corso dell'anno sono inoltre state attivate specifiche procedure selettive per ulteriori stabilizzazioni portate a termine nel 2018 (cuochi/ farmacisti).

I regolamenti in tema di orario di lavoro, del Comparto e della Dirigenza, sono impostati nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge n. 161/2014. In assenza di deroghe previste dalla Contrattazione Collettiva Nazionale l'Azienda USL della Romagna in sede di approvazione dei nuovi regolamenti unici in materia, a

superamento dei regolamenti delle Aziende Sanitarie confluite, ha rigorosamente rispettato i vincoli previsti dalla norma. Allo stesso tempo sono state prodotte linee guida interne destinate alle Direzioni Tecniche ed ai Direttori/Responsabili gestionali finalizzate ad una capillare diffusione della norma ed alla messa in atto di ogni azione necessaria al contenimento delle eventuali anomalie.

Rispetto agli indicatori e target indicati, l'Azienda USL della Romagna ha dato attuazione, come precedentemente indicato, a tutte le azioni necessarie nel rispetto dei vincoli normativi e di bilancio nonché nei limiti della disponibilità degli strumenti di reclutamento sulla base delle indicazioni delle competenti Direzioni Tecniche.

### **VALORIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E DEL PERSONALE**

Le politiche di integrazione dell'AUSL della Romagna, in relazione alle dimensioni della stessa ed alla derivazione (unificazione di quattro aziende), sono state necessariamente portate avanti in sede aziendale con particolare riferimento alle aree amministrative, tecniche e di staff nonché al processo di riordino ospedaliero precedentemente illustrato.

L'art. 16 del D.L. 98/2011, convertito nella L. 111/2011, prevede come è noto la possibilità di incremento delle risorse da destinare alla contrattazione integrativa, tramite maggiori economie, ulteriori rispetto a quelle previste dalla normativa vigente; in particolare prevede, al comma 4, che *"... le amministrazioni (omissis) possono adottare entro il 31 marzo di ogni anno Piani triennali di razionalizzazione e riqualificazione della spesa, di riordino e ristrutturazione amministrativa, di semplificazione e digitalizzazione, di riduzione dei costi della politica e di funzionamento, ivi compresi gli appalti di servizio, gli affidamenti a partecipate e il ricorso a consulenze attraverso persone giuridiche."* (omissis). Il Comma 5 dispone poi che *"in relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, (omissis) possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50% destinato alla erogazione dei premi previsti dall'art. 19 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. (omissis) Le risorse sono utilizzabili solo se a consuntivo è accertato, con riferimento a ciascun esercizio, dalle amministrazioni interessate, il raggiungimento degli obiettivi fissati per ciascuna delle singole voci di spesa previste nei Piani di cui al comma 4 e i conseguenti risparmi"*. In tale contesto normativo l'Azienda ha approvato il Piano Triennale 2016-2018 "Sistema di Gestione dell'energia" che seguirà il percorso amministrativo-contabile previsto con quantificazione e qualificazione del risparmio per ogni anno di riferimento; il risparmio sarà imputato in Bilancio nell'anno in cui avviene la certificazione da parte dell'Organo di Controllo e a seguire il risparmio sarà destinato, annualmente nella misura massima del 50% dell'importo accertato, alla contrattazione decentrata dell'anno in cui avviene la certificazione.

In merito all'implementazione del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), l'Azienda ha assicurato la massima collaborazione ed impegno di tutti gli operatori dell'area delle risorse umane sia tramite la partecipazione al tavolo regionale sia, e a tale livello l'impegno è stato profuso in maniera necessariamente estensiva ed efficiente, tramite lo sforzo operativo nonché la responsabilizzazione di tutti gli operatori dedicati alla gestione economica, giuridica e della rilevazione assenze e presenze in relazione all'esigenza di evitare qualsiasi soluzione di continuità nell'applicazione dei vari istituti. Le problematiche del sistema, oltre che note, sono state affrontate e condivise con l'RTI e con il livello regionale.

### **SVILUPPO LINEE AZIONE COMUNI SULLE POLITICHE DEL PERSONALE E INTERPRETAZIONE NORMATIVE GIURIDICHE ED ECONOMICHE**

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, l'Azienda ha sempre garantito un'attiva partecipazione ai tavoli regionali con i propri referenti per le materie di interesse.

#### **RELAZIONI CON LE OO.SS.**

Le disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 22 del 21.11.2013, istitutiva dell'Azienda USL della Romagna realizzata attraverso la fusione delle preesistenti Aziende Sanitarie di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, ed in particolare l'art. 6, prevedono la proroga dell'efficacia dei contratti integrativi aziendali e degli accordi decentrati vigenti alla data dell'1.1.2014 fino al superamento sancito da un accordo tra l'Azienda e le Parti Sindacali. Nell'anno 2017 l'Azienda USL della Romagna ha pertanto proseguito un intenso confronto sindacale finalizzato all'omogeneizzazione dei principali istituti di interesse delle risorse umane giungendo alla definizione di regolamenti ed accordi integrativi altamente significativi rispetto al superamento delle differenze territoriali (si citano quali esempi la regolamentazione unica in merito al riconoscimento delle indennità per particolari condizioni di lavoro, l'applicazione della PEO anno 2017, il regolamento in tema di Posizioni Organizzative, gli Accordi integrativi finalizzati ad omogeneizzare gradualmente gli istituti economici della produttività collettiva, della retribuzione di posizione e di risultato delle dirigenze nonché le modalità di riconoscimento ed attribuzione degli incarichi dirigenziali, ecc.).

Rispetto agli indicatori e target indicati l'Azienda USL della Romagna, come precedentemente indicato, ha sviluppato le azioni necessarie alla riorganizzazione e integrazione aziendale. Sono state rispettate le scadenze legate al cronoprogramma GRU (Aziende 1° lotto) ed è stata assicurata ogni forma di partecipazione alle iniziative di omogeneizzazione interpretativa ed applicativa degli istituti di interesse.

#### **COSTI DEL PERSONALE:**

L'esercizio 2017 si è chiuso con una spesa per il personale pari a complessivi €. 710.033.204 con un risparmio rispetto al preventivo dello 0,29%. Detto risparmio è stato anche determinato da una consistente minore spesa per il premio INAIL che è conseguente al superamento delle 20 posizioni assicurative territoriali (PAT) che erano attive per i dipendenti delle quattro ex Aziende confluite nell'AUSL della Romagna. Dal 2015 si è passati ad un'unica PAT ma, come aveva preannunciato l'INAIL stessa, i benefici in termini di risparmio sul premio non si sono realizzati nell'immediato, ma a distanza di un biennio.

#### **4.4 – Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

L'AUSL della Romagna si è da tempo dotata di un assetto organizzativo rispondente ai requisiti di processo e organizzativi individuati dalle linee di indirizzo regionali, declinato in una procedura aziendale per la gestione dei sinistri (attualmente in corso di revisione). I sinistri che all'esito dell'istruttoria aziendale sono stati valutati accoglibili con importo superiore alla soglia di ritenzione aziendale sono stati segnalati al NRV secondo le modalità indicate nella determina 4955/2014.

Rispetto all'indicatore target utilizzato per la valutazione della tempestività dell'istruttoria dei casi di competenza aziendale (presenza della valutazione medico legale/determinazione del CVS) analizzando il dato relativo all'anno 2017 (estrazione dati dal DB regionale al 28 febbraio 2018 coerentemente con l'invio dei dati al SIMES) risultano complessivamente aperti 253 sinistri, di cui 182 con relazione medico legale (71,9%), di questi 47 hanno una determinazione del CVS (25,8%). Deve essere precisato che tale ultimo

dato sconta il fatto che i sinistri aperti nella seconda metà dell'anno saranno via via definiti nel primo semestre dell'anno successivo e che la determinazione del CVS può essere sospesa e rinviata per acquisire ulteriori elementi utili al giudizio. Da segnalare per altro che rispetto alla situazione rilevata nel 2016, i sinistri che attualmente hanno una relazione medico legale per l'anno 2015 sono 221 (67,7%), mentre in precedenza erano 120 (36,6%); per l'anno 2016 sono 198 (64,7%) mentre in precedenza erano 32 (10,7%). Analogamente migliorato il dato riferito alle determinazioni del CVS che attualmente per l'anno 2015 sono 121 mentre in precedenza erano 72; per l'anno 2016 sono 102, mentre in precedenza erano 15.

Per quanto attiene all'indicatore target utilizzato per la completezza del data base regionale (100% dei casi aperti nell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo) tutti i sinistri sono stati aperti nel data base.

In merito alle indicazioni operative sull'applicazione della L.24/2017 elaborate dal NRV (che riguardano in particolare la comunicazione dell'avvio di trattative extragiudiziali, la comunicazione del giudizio fondato sulla responsabilità del medico e la pubblicazione dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) l'AUSL della Romagna ha definito le modalità ed i tempi con cui avviene la comunicazione ai professionisti dandone ampia comunicazione attraverso sia la pubblicazione di una nota sulla intranet aziendale, sia attraverso incontri dedicati che si sono svolti nell'estate del 2017 presso i presidi ospedalieri. I dati relativi ai risarcimenti saranno pubblicati al 31 marzo 2018.

#### **4.5 – Politiche di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza**

Le strategie di prevenzione della corruzione contenute nell'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC 2017-2019), adottato con deliberazione n. 24 del 31/01/2017, sono state oggetto di monitoraggio, nel corso dell'anno, da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base del cronoprogramma stabilito nel PTPC al fine di verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione "generali" e "specifiche" idonee a ridurre o ad eliminare il rischio corruttivo. Tali misure sono state elaborate valutando l'esposizione a rischio di attività e processi, con riguardo alle aree a più elevato rischio mappate nel 2016 (affidamento di lavori, servizi e forniture; acquisizione e progressione del personale; sanità pubblica relativamente a vigilanza, controlli e ispezioni), indicando per ciascuna misura gli obiettivi, la tempistica, i responsabili e gli indicatori di monitoraggio. Nel 2017, inoltre, le misure preventive della corruzione sono state implementate anche tramite l'adozione di procedure amministrativo contabili del "Percorso regionale Attuativo della Certificabilità" (PAC), che prevedono sistemi di controllo e misure organizzative efficaci anche per la riduzione del rischio corruttivo. Dall'esito delle rilevazioni le misure programmate risultano, per la maggior parte, attuate nei termini previsti; l'efficacia di tali misure preventive discende dall'analisi specifica effettuata dai Referenti aziendali del RPCT in occasione della mappatura dei processi a rischio.

L'azione del RPCT è stata inoltre diretta a formare i dipendenti riguardo agli obblighi e alle responsabilità derivanti dalla normativa in materia, curando la diffusione della cultura dell'etica e della legalità, tramite giornate di formazione in aula principalmente destinate al personale Dirigente Medico e Sanitario, che hanno registrato anche la partecipazione di personale amministrativo, nonché promuovendo l'incremento della partecipazione degli operatori allo specifico Corso di Formazione a Distanza (FAD).

Con l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC 2018-2020), adottato con deliberazione n. 22 del 30/01/2018, si è provveduto all'adeguamento alle disposizioni regionali di cui alla Legge Regionale n. 9 del 01/06/2017 che ha introdotto norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.



Per quanto riguarda la programmazione di misure di rotazione degli incarichi, l'Azienda, compatibilmente con l'organico a disposizione e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture che la compongono, intende applicare la rotazione del personale, alla luce delle indicazioni fornite da ANAC, affinché possa attuarsi tale misura di prevenzione generale. In merito si deve precisare che in ragione della riorganizzazione intervenuta in Azienda, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, nel 2016 sono stati assegnati incarichi ex novo ai Direttori delle Unità Operative Complesse, Semplici ed Alta Professionalità di Area Amministrativa e Tecnica nonché ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari. Nel PTPC è prevista una programmazione pluriennale della rotazione, sulla base di apposito atto che sarà previamente adottato dall'Azienda, entro il 2019, nel rispetto del principio di gradualità indicato da ANAC, stabilendo misure alternative ove non sia possibile attivare tale rotazione. In particolare iniziando dai dirigenti ai quali nel 2015/2016 sono stati conferiti incarichi nelle aree a più elevato rischio, dall'anno precedente alla scadenza del termine massimo di durata dell'incarico, saranno previsti adeguati percorsi formativi, anche tramite periodi di affiancamento, al fine di dar corso alla rotazione alla scadenza degli incarichi. La rotazione è stata attuata, inoltre, quale misura di prevenzione nel 2017, per: personale ispettivo nelle attività di controllo nelle strutture private accreditate dell'AUSL, medici veterinari che svolgono attività di controlli ufficiali, operatori che svolgono attività di vigilanza afferenti all'Igiene Pubblica e Prevenzione salute negli ambienti di vita e lavoro, RUP dell'UO Acquisiti Aziendali, dirigenti/funzionari dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti, operatori che predispongono gli stipendi degli specialisti ambulatoriali. Inoltre nell'anno 2017 in una logica di progressiva razionalizzazione delle strutture e in attuazione alle disposizioni normative (D.M. Salute n. 70/2015 e D.G.R. 2040/2015) l'Azienda ha approvato il piano di riordino della rete ospedaliera (delibera n. 482/2017), ha dato avvio alla revisione dell'assetto organizzativo delle Direzioni Tecniche e delle Piattaforme amministrative, alla riorganizzazione dei Dipartimenti Sanitari territoriali (DSP, DSM-DP) e al riordino dei Dipartimenti Sanitari Ospedalieri. Pertanto nell'ambito della predetta riorganizzazione si prospetta nell'anno 2018 e seguenti l'avvio di un nuovo iter di assegnazione di incarichi.

L'Azienda partecipa al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed ha preso parte allo specifico sottogruppo che ha curato la predisposizione di uno Schema tipo di Codice di Comportamento dei dipendenti, aggiornato ed unico, per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, redatto tenendo conto delle Linee guida adottate dall'A.N.AC. (delib. n. 358 del 29/03/2017), dei Codici di comportamento già in essere nelle singole Aziende sanitarie e del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013). Tale schema di Codice è stato approvato con DGR n. 96 del 29/01/2018 e, dopo il coinvolgimento degli stakeholders, sarà adottato dall'AUSL entro maggio 2018. Inoltre l'Azienda partecipa al Tavolo permanente in materia di prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituito in ambito AVEC (Area vasta Emilia Centro) in un'ottica di condivisione di percorsi omogenei fra Aziende sanitarie Regionali.

Come strategia di sviluppo della trasparenza, intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", l'Azienda ha redatto e aggiornato il PTPC 2017-2019, adottato con delibera n. 24/2017, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Nella parte terza del Piano, denominata "Sezione Trasparenza" e nella Tabella sugli obblighi di trasparenza, sono state definite le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, come modificati dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, emanato ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n.124 cd. "Legge Madia", dalle indicazioni regionali e provvedimenti ANAC intervenuti al riguardo, ivi comprese le

misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, da parte del Dirigente/Responsabile del Servizio/U.O. tenuto all'adempimento in base alle prescrizioni del PTPC, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione *on line* dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini, un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento.

In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività compiute dalle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, ha vigilato, attraverso un sistema di monitoraggio periodico, sul rispetto e l'operatività delle misure e adempimenti indicati nell'aggiornamento del PTPC. In particolare ha vigilato sulla pubblicazione, a cura dei Responsabili, delle informazioni riguardanti i processi aziendali a maggior rischio.

Infine la legge 190/12, all'art. 1, comma. 9, lett. f), ha stabilito che il PTPC individui specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge, prevedendo, come indicato nel PNA 2016, la pubblicazione di "dati ulteriori", quale obiettivo strategico di ogni amministrazione (art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013).

Alla luce di quanto sopra, per l'Area dei contratti pubblici e, in particolare per le Unità Operative Progettazione e Sviluppo Edilizio/Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, con il supporto dell'U.O. Bilanci, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del D.lgs. n. 33/2013 (la pubblicazione delle informazioni identificative dell'immobile, ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore a qualsiasi titolo posseduti o detenuti, ad es. proprietà ed altri diritti reali, concessione ecc.), si è ritenuto opportuno prevedere la pubblicazione di ulteriori dati.

Inoltre, tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo introdotte dal d.lgs. 97/2016, "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33*", spicca l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato, da parte di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, in relazione a tutti i dati e documenti detenuti dall'Azienda USL della Romagna, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti ( c.d. F.O.I.A. ).

Il compito di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, (semplice e generalizzato), è esteso ai dirigenti Responsabili delle strutture organizzative aziendali, oltre che al Responsabile della Trasparenza.

A questo proposito, si segnala che nel corso del 2017 l'Azienda ha fornito risposte adeguate ai cittadini che hanno inoltrato richieste di accesso civico generalizzato.

Conformemente al parametro di trasparenza previsto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 relativo al "Registro degli accessi", si evidenzia che quest'Amministrazione ha provveduto alla pubblicazione del registro relativo al primo semestre 2017 entro il mese di settembre 2017 in sede di prima applicazione, mentre per quanto riguarda il secondo semestre 2017 ha provveduto entro il 31 gennaio 2018.

Anche nel corso del 2017, è stata effettuata "La giornata della trasparenza" al fine di sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all'Azienda sui temi della Trasparenza e della legalità amministrativa, in relazione alla prevenzione della Corruzione, nonché promuovere iniziative di formazione specifiche, rivolte alle



articolazioni organizzative responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione obbligatoria dei dati, alla luce delle novità apportate al Decreto Trasparenza dal d.lgs. n. 97/2016.

La giornata della trasparenza nell'anno 2017 si è tenuta in collaborazione con il Comune di Cesena e l'Unione dei Comuni Valle del Savio. La giornata ha costituito un'occasione per approfondire il tema dell'accesso agli atti, alle informazioni e ai dati delle Pubbliche Amministrazioni, alla luce delle ultime modifiche normative intervenute, oltre che per conoscere meglio quali informazioni, sono già disponibili nei siti istituzionali degli Enti.

#### **4.6 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti**

Rispetto all'obiettivo di potenziare le **PIATTAFORME LOGISTICHE**, durante l'anno 2017 sono stati effettuati numerosi incontri presso la sede della Regione Emilia Romagna per analizzare e definire i principali parametri tecnici-economici relativi alle attività di magazzino. Successivamente si è provveduto alla raccolta per l'intera Regione dei dati riferiti ai parametri ritenuti significativi ai fini dello studio sui processi di approvvigionamento.

Tali dati sono stati poi confrontati ed elaborati al tavolo regionale, il cui gruppo di lavoro ha visto coinvolti il dott. Grandi (AVEN), il dott. Lauritano (AVEC), il dott. Prati (AUSL della Romagna) e l'ing. Urso (Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi informativi).

Nel rispetto delle tempistiche concordate con la Regione, in dicembre 2017 è stato pubblicato da parte del SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, SOCIALE E SOCIO-SANITARIO della Regione Emilia Romagna lo *"Studio sulle piattaforme logistiche per farmaci, dispositivi medici e beni economici dell'Area Vasta Emilia Nord, Area Vasta Emilia Centro e Azienda USL Romagna"* con l'obiettivo del rafforzamento delle Piattaforme Logistiche così come riportato nel Documento Economia e Finanza Regionale anno 2016 ed anno 2017 e Piano di Attività 2017 Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

#### **INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)**

##### **GAAC**

Con riferimento al progetto regionale del GAAC sono stati effettuati numerosi incontri con i responsabili regionali e quelli dell'RTI aggiudicatario, definendo il Gantt di attivazione del nuovo software presso tutte le Aziende della RER.

Il Gantt elaborato è stato il risultato di numerose analisi e approfondimenti volti a garantire la massima efficienza tecnico-amministrativa presso le Aziende regionali.

Le principali attività di omogeneizzazione delle tabelle e dei processi sono stati condivisi ed attivati garantendo l'avanzamento ed il rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel nuovo progetto esecutivo che prevede la messa a regime per l'AVEC da gennaio 2019, per l'AUSL della Romagna da giugno 2019 e per l'AVEN da gennaio 2020.

##### **GRU**

La Fase 1 è stata completata secondo i piani e le tempistiche previste, compresa la configurazione e l'adozione dei dizionari unici.

##### **FSE**

E' stato rispettato il target per i servizi esposti sul FSE con l'attivazione della scelta/revoca MMG/PLS, Buoni Celiaci e offerta prenotazioni on-line sul nuovo CUPunico aziendale.

### DEMA

I software sono stati adeguati per la gestione della ricetta dematerializzata e la gran parte dei medici la stanno utilizzando, solo una parte dei medici dell'ambito di Rimini non la stanno adoperando, causa facilitazioni all'utilizzo della ricetta elettronica della quale si sta procedendo alla sua dismissione con relativa formazione dei medici per l'emissione della ricetta dematerializzata.

Manca l'invio dell'erogato dell'ambito di Ravenna, che è stato analizzato ed in parte implementato il servizio di invio dell'erogato al sistema CUP aziendale, ma per problemi tecnici verificatisi nel mese di dicembre sui server CUP gestiti da Lepida, le risorse per completare l'attività sono state impiegate per gestire tale emergenza.

### ARA

Sono state rispettate le tempistiche definite dalla cabina di regia regionale.

### **SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE**

Gli obiettivi previsti dalla DGR 272/2017 sono stati prevalentemente raggiunti e segnatamente:

- Adesione al sistema SIGLA per tutte le discipline chirurgiche con esclusione, al momento, della sola Cardiologia di Rimini e di Ravenna;
- I criteri di priorità sono stati definiti nella maggioranza delle UU.OO chirurgiche;
- Esiste un controllo aziendale centrale su attività in S.S.N. e L.P.;
- E' a regime il sistema per la gestione informatizzata delle agende di prenotazione;
- E' stato definito il piano di committenza verso le strutture private accreditate.

In riferimento all'entrata in vigore della circolare n.6 PG/2016/515993, a seguito della quale le Aziende Sanitarie della Regione hanno aderito al nuovo tracciato della SDO a decorrere dal 1 gennaio del 2017, l'AUSL della Romagna ha modificato in modo sostanziale la raccolta delle informazioni (ad esempio è stato introdotto il codice fiscale del chirurgo, l'ora dell'intervento, ecc..). Attualmente sono ancora presenti nei quattro ambiti aziendali quattro diversi applicativi, che sono stati necessariamente adeguati al nuovo tracciato regionale e sono stati formati gli operatori di reparto e degli uffici DRG.

Per tutto il 2017 inoltre c'è stata altissima attenzione alla tempestività e completezza di invio delle SDO in Regione. Infatti mensilmente sono stati inviati report alle Direzioni di Presidio per favorire il monitoraggio in tal senso ed effettuati richiami ai reparti critici.

Il dato di chiusura relativo alla tempestività di invio della SDO è risultato pari all'89%, sostanzialmente allineato con la Regione (*Fonte: SivER*). Anche il dato relativo all'aggiornamento delle informazioni precedentemente inviate è risultato positivo concludendo con un valore pari a 13,7% al di sotto dell'obiettivo fissato al 15% (e al di sotto della media RER pari a 14,4%).

Sempre in riferimento alla SDO è stato raggiunto anche l'obiettivo relativo al "n. segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie", che ha registrato un valore pari a 0,39% al di sotto dell'obiettivo fissato pari all'1%.

Per tutti i restanti flussi sono stati rispettati i parametri regionali relativi alla tempestività e alla variazioni delle informazioni già trasmesse e non si segnalano criticità in proposito (come da dato SIVER).

Per quanto riguarda l'indicatore "n. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/elisoccorso (118) con link al flusso 118" a partire dal 2° semestre si è provveduto ad allineare le due banche dati, ma non è stato possibile recuperare il dato per il solo ambito di Rimini. Si segnala però che a tutt'oggi il campo non è obbligatorio nel flusso PS, come da circolare regionale.

**4.7 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche**

**PIANO INVESTIMENTI**

L'Azienda USL della Romagna non ha interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016.

Nel corso del 2017 è stata avviata la predisposizione dei progetti e dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). In particolare:

- **Intervento APb 24:** nel corso del 2017 è stato presentato in RER il progetto di fattibilità tecnica ed economica, che ha ottenuto il parere preliminare favorevole dal gruppo tecnico RER (PG/2017/116319 del 24/02/2017). Successivamente sono state svolte le attività inerenti la predisposizione del progetto esecutivo che si sono concluse con la presentazione al gruppo tecnico regionale nel febbraio del 2018.

Per quanto concerne le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, si conferma che le stesse sono state inviate, come si evince dalla nota prot. n. 2017/0264542 del 20.11.2017 e dal programma di rendicontazione regionale PROFIL ER.

**MANUTENZIONE**

Il costo della manutenzione 2016 per l'AUSL della Romagna è stato pari a 21,11 €/m<sup>2</sup> a fronte di una media regionale pari a 22,17 €/m<sup>2</sup> e pertanto con uno scarto percentuale di minore spesa rispetto alla media regionale pari a - 4,80% (cfr. nota RER prot. 772252 in atti AUSL con prot. 28708 del 18.12.2017 redatta per mezzo dei report regolarmente trasmessi alle scadenze fissate)

il suddetto valore derivava da un costo manutentivo 2016 degli immobili ed impianti, comprese aree esterne, di ca € 16.509.000 ; nel 2017 tale valore (conto 1150100101 e conto 1003900101) si è attestato ad € 16.488.000 che porta ad un indice di 21,08 €/m<sup>2</sup>, migliore di quello dell'anno precedente nel corso del 2017 l'U.O. complessa manutenzione e gestione immobili ed impianti" ha partecipato alla sperimentazione AGENAS rilevando i costi e le caratteristiche di 4 delle proprie strutture ospedaliere (Forlì, Cesena, Faenza e Riccione).

**TECNOLOGIE BIOMEDICHE**

I dati del flusso OT sono stati inviati regolarmente via mail in regione o caricati direttamente sul sito del GRTS. A causa di alcuni problemi di autenticazione dovuti al sistema, in alcuni casi la procedura di caricamento sul portale è stata concordemente modificata. I dati del flusso Gr.Ap sono stati aggiornati, secondo le scadenze impartite/garantiti, da referenti individuati nei singoli ambiti territoriali. Ciascun ambito territoriale ha quindi caricato i dati delle grandi apparecchiature direttamente nel portale NSIS del Ministero della Salute.

Le grandi apparecchiature acquisite o per le quali è stata avviata procedura di acquisizione sono state sottoposte preliminarmente alla valutazione del GRTB per la relativa istruttoria.

Le modalità ed i tempi di utilizzo di alcune grandi apparecchiature sono state inviate via mail secondo i format indicati nelle date seguenti:

2 Maggio 2017 - Mammografi e RMN;

4 Maggio 2017 - TC;

19 Maggio 2017 - Robot Chirurgico.

## 5 – Le attività presidiate dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

### **RIORDINO DEI COMITATI ETICI**

Il Comitato etico della Romagna è stato istituito come da determinazioni regionali con Deliberazione del Direttore generale dell’AUSL della Romagna n. 579 del 29/12/2017. La segreteria del Comitato etico sita presso l’IRST di Meldola ha garantito la piena partecipazione ai lavori regionali. L’Ufficio Ricerca Clinica e organizzativa dell’AUSL ha collaborato fattivamente con la Segreteria del Comitato etico alla strutturazione del nuovo Comitato etico di area vasta.

### **CONTRASTO DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL’ASSISTENZA**

L’Azienda USL della Romagna nel corso del 2017 ha proseguito il lavoro di contrasto dell’antibioticoresistenza, legato sia all’uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale sulla base delle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013 e l’implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.

#### **Indicatori e target:**

- **% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell’anno); Target: 55% di interventi sorvegliati**

La percentuale di interventi sorvegliati è del 82% su base Aziendale.

Quindi l’obiettivo target del 55% è ampiamente superato.

- **sostegno alle attività di implementazione dell’igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario**

L’attività formativa relativa alla igiene delle mani è stata avviata da tempo in alcuni ambiti territoriali dell’Azienda e al momento viene implementata anche negli ambiti in cui tale attività era meno rappresentata.

- **Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza**

Per quanto riguarda il consumo di gel idroalcolico il dato non è preciso perché al momento le giornate di degenza usate come denominatore sono solo provvisorie.

Il consumo su base Aziendale è vicino al target, anche se vi sono differenze nei diversi ambiti territoriali:

- Rimini 27.1 lt./1000 GdD
- Forlì 18.9 lt./1000 GdD
- Cesena 15.2 lt./1000 GdD
- Ravenna 17.2 lt./1000 GdD.

- **% Ospedali dell’Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell’Azienda partecipanti**

Riguardo alla sorveglianza delle batteriemie sostenute da CPE si specifica che in ambito Aziendale partecipano alla sorveglianza il 100% degli ospedali.

Sotto questo aspetto si sottolinea anche come l’andamento delle batteriemie da CPE in ambito Az.le sia ampiamente controllato e costantemente basso negli ambiti territoriali di Rimini Cesena e Forlì, mentre nell’ambito territoriale di Ravenna, dove l’andamento era fuori controllo, oggi la frequenza delle batteriemie si sta uniformando a quella degli altri ambiti territoriali dopo una serie di interventi tesi al contenimento della diffusione di questi microrganismi.

### **IL SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ REGIONALI DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE CON METODOLOGIA HTA**

Il sistema informatico Regionale relativo alla gestione delle richieste di Dispositivi Medici è stato presentato e diffuso fra i clinici che lo hanno così adottato.

L’apposita sezione dello strumento relativa alla individuazione dei DM meritevoli di essere sottoposti ad un processo di HTA a livello regionale è pure stato adottato ed utilizzato coinvolgendo i diversi attori previsti (Clinici, decisori, CADM etc.).

Nella banca dati Regionale (Portale ER-Salute, pagina dedicata ai Dispositivi Medici) sono visualizzabili le richieste presentate.

#### **SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

L'Azienda USL della Romagna, relativamente allo stato dell'arte sull'accREDITamento di tutte le tipologie di strutture, durante il 2017 ha proseguito l'attività di valutazione del grado di adesione ai nuovi requisiti di accREDITamento (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20.12.2012) attraverso l'effettuazione di audit interni che hanno consentito di individuare specifici progetti/azioni di miglioramento propri delle singole Unità Operative verificate. Sulla base di tali riscontri, L'azienda ha quindi predisposto e formalizzato apposito piano di adeguamento ai requisiti generali previsti nella suddetta Intesa. A seguito dell'approvazione della DGR n. 1943/2017, l'Azienda ha quindi inviato al responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna la nota (Prot. 2017/0291350/P) che descrive appunto le azioni di adeguamento intraprese negli anni 2016-2017, nonché le ulteriori azioni di miglioramento pianificate per il 2018, al fine di conseguire il pieno raggiungimento di tutti i requisiti generali di accREDITamento.

Contestualmente è in fase di completamento l'aggiornamento delle anagrafe delle strutture autorizzate da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Infine, la domanda di rinnovo dell'accREDITamento verrà presentata nel 2018, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche indicate dagli organi regionali.

#### **LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE**

I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.

In riferimento agli obiettivi e risultati attesi in termini di implementazione di iniziative formative residenziali in grado di trasferire i contenuti teorici al contesto lavorativo e che abbiamo previsto al loro interno, nell'impostazione metodologica adottata, la misurazione dell'efficacia delle azioni formative, si produce a seguito una sintetica descrizione dei 6 corsi formativi, selezionati tra tutti i corsi attivati nell'anno 2017, maggiormente significativi e a comprova del raggiungimento degli indicatori e target predefiniti.

##### *1. Consequimento dei requisiti previsti dalla determina AIFA sulla conduzione di studi di fase I presso le Unità Cliniche dell'AUSL della Romagna - Gli audit (Cod. 9873)*

Edizione 1 dal 24/01/2017 al 25/01/2017

Edizione 2 dal 22/03/2017 al 23/03/2017

Obiettivi:

- Ottenere e mantenere i requisiti per essere autorizzati a condurre sperimentazioni di Fase I in conformità alla determina AIFA n. 809/2015.
- Formazione e aggiornamento del personale operante nell'Unità di Fase I, in conformità alla determina AIFA n. 809/2015.

Il corso in oggetto è stato organizzato per formare i professionisti impegnati nella conduzione degli studi di fase I in materia di sperimentazione clinica, good clinical practice ed aspetti regolatori della ricerca. Il corso si svolge applicando nella pratica i suddetti principi in modo che i professionisti possano lavorare secondo il rigore metodologico richiesto dalla normativa nazionale ed internazionale. Il Prof. Filibeck, direttore

dell'Ufficio Ispettivo AIFA a riposo, tramite lo strumento dell'audit, ha portato i discenti ad un'analisi sul campo delle principali procedure effettivamente impiegate nella pratica.

2. *Discussione casi clinici, indagine di prevalenza 2017 presentazione schede di trattamento e prodotti medicazione Ausl Romagna (Cod. 4730)*

Il corso è stato proposto a tutti i referenti wound care di U.O.

In tale occasione i referenti hanno avuto la possibilità di discutere casi clinici, di migliorare l'appropriatezza d'uso di medicazioni avanzate rispetto all'applicazione della procedura aziendale PA60 "Gestione e trattamento delle lesioni da pressione" e di conoscere la nuova scheda di medicazione BWAT (Bates-Jensen Wound Assessment Tool) per Classificazione delle lesioni che verrà adottata nell'anno 2018

3. *Discussione e casi clinici, presentazione schede di trattamento e prodotti di medicazione Ausl Romagna (cod. 4733 - edizioni 10)*

Sono state presentate le Schede di trattamento e medicazione elaborate dal team di specialisti in lesioni cutanee dell'Ausl Romagna, in questa maniera i partecipanti hanno ricevuto informazioni per poter garantire un corretto uso delle medicazioni avanzate.

L'implementazione della PA60 può essere valutabile con il monitoraggio della spesa delle medicazioni avanzate, attraverso l'indagine di prevalenza (che annualmente viene eseguita in Ausl Romagna-Cesena) e attraverso l'incidenza annuale che viene eseguita presso la U.O. di Ortopedia e TI1 e TI2.

4. *Progetto OMS igiene mani, "Cure pulite sono cure più sicure"*

L'igiene delle mani rappresenta la prevenzione più efficace delle infezioni correlate all'assistenza, complicanze che aggravano la condizione del paziente, sono causa di morti evitabili e aumento dei costi sanitari, complicate dalla minaccia dell'antibioticoresistenza dei microrganismi che rende a volte difficilmente trattabile tale complicanza. Aderendo correttamente alle indicazioni dell'OMS durante l'attività assistenziale, è possibile ridurre le infezioni, i cluster e le epidemie.

Da qui l'importanza di rispettare le semplici raccomandazioni descritte nella procedura PA78 "Igiene delle mani" dell'AUSL Romagna 2017 che descrive le attività di promozione, di attuazione e verifica della pratica di igiene delle mani, secondo le modalità indicate dalla campagna OMS "Cure pulite sono cure più sicure" al fine di misurare indicatori diretti e indiretti sulle performance degli operatori, con l'uso delle schede ad essa allegate:

- MR PA 78\_01 Check-list di non conformità sessione osservazionale igiene mani
- MRPA78 02 Foglio di calcolo automatico per categoria professionale e per i 5 momenti OMS
- SPA78 01 Istruzione operativa Igiene delle mani

Inoltre, è stato progettato e reso disponibile sulla piattaforma FAD dell'AUSL Romagna il corso in modalità FAD "Igiene delle Mani in ambito assistenziale Ver. 01" della durata di 10 ore. La piattaforma FAD è accessibile a tutti gli operatori dell'AUSL Romagna e nel caso specifico consente di approfondire le conoscenze relative alle differenti tecniche e modalità di Igiene delle Mani per evitare la trasmissione dei microrganismi.

La successiva valutazione della ricaduta a livello assistenziale di questo corso, ha permesso di valutare:



- l'adesione all'igiene mani prima e dopo la formazione attraverso studi osservazionali sulle performance
- il consumo del gel alcolico nelle singole UUOO in cui gli operatori hanno partecipato
- la presenza di cluster in ospedale (confronto 2017 con 2018, stesso periodo).

**5. Il Referente formazione del Dipartimento Cure Primarie: quali competenze? – Parte II (Cod. 3415)**

La formazione in ambito sanitario è un'attività che richiede un profondo ripensamento: i processi di cambiamento innestati dal nuovo sistema ECM, spostano l'attività formativa verso una definizione di tecnologia per lo sviluppo organizzativo e per lo sviluppo del sistema di competenze professionali (dossier formativi). Condizione di base è la necessità di agire la formazione con logica di sistema sia a livello aziendale che di struttura (SOC - SOS) al fine di armonizzare i traccianti dello sviluppo delle competenze professionali ai valori e agli obiettivi aziendali.

Importante è la *definizione – costruzione* di una "rete della formazione" come facilitazione e collegamento per il coordinamento e lo sviluppo degli attori organizzativi della formazione nelle aziende sanitarie. Rete della formazione costituita da professionisti, fortemente legittimati dai propri sistemi di responsabilità, che svolgono le funzioni di supporto alla gestione dei processi di apprendimento all'interno dei propri gruppi di lavoro e che costituiscono le connessioni fra il sistema aziendale di governo della formazione e lo sviluppo professionale all'interno del dipartimento e della struttura aziendale.

Obiettivi generali del percorso formativo:

- co-costruire il ruolo e le funzioni del Referente formazione del DCP
- gestire il processo di programmazione della formazione
- sviluppare la comunità di pratica dei "referenti della formazione" del DCP

Hanno partecipato al corso n. 21 Referenti formazione dei Dipartimenti di Cure Primarie

Durata e periodo di svolgimento dal 6/3/2017 al 9/5/2017 per 26 ore (di cui 16 ore di formazione residenziale e 10 di formazione sul campo).

La valutazione della ricaduta ha evidenziato che gli strumenti e le modalità operative apprese durante il Corso sono state utilizzate per la progettazione di nuovi percorsi formativi:

- Laboratorio per lo sviluppo delle dinamiche relazionali nel Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità (n. 2 edizioni di 33 ore);
- La relazione all'interno del team riabilitativo (n. 2 edizioni di 5 ore)
- Metodologia e strumenti del Counselling motivazionale breve nella pratica sanitaria (n. 1 edizione di 18 ore)

**6. La formazione nella AUSL della Romagna, nuovo applicativo WHR Time (Cod. 3012)**

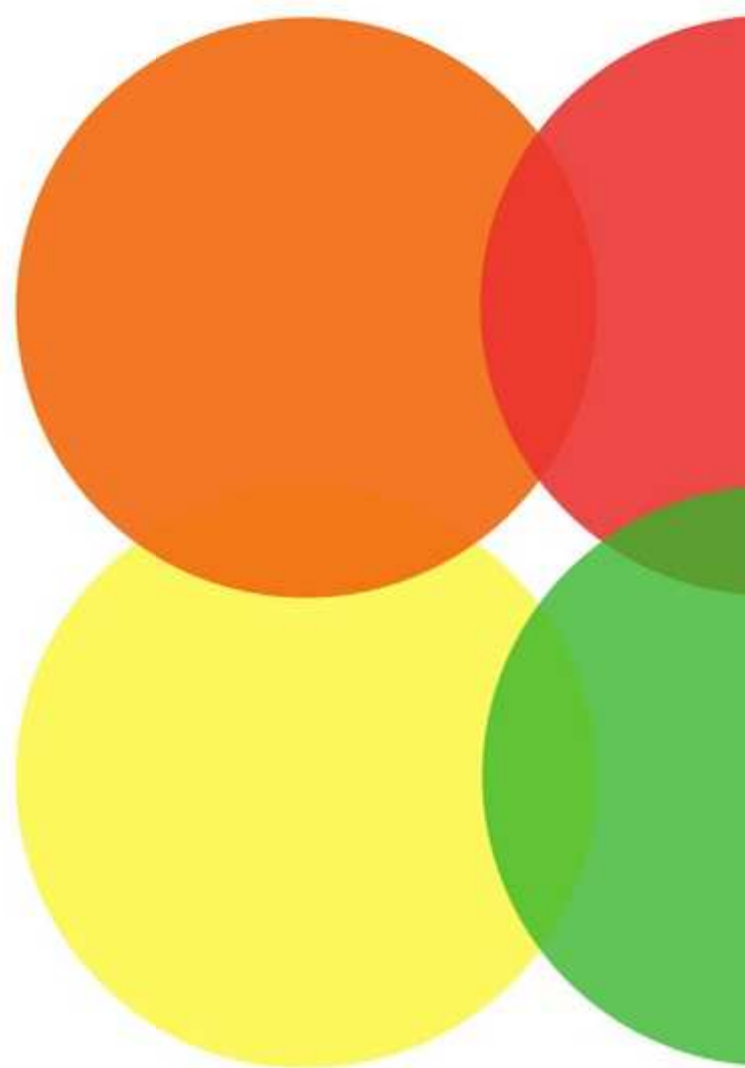
Con l'avvio del sistema regionale informatico di gestione delle risorse umane (GRU), la formazione della rete dei referenti della formazione di dipartimento e dei responsabili organizzativi ha rappresentato un momento imprescindibile per il governo della funzione formazione.

Sono state effettuate 61 edizioni, distribuite negli ambiti di competenza dell'Ausl Romagna.

Al termine del percorso formativo il discente doveva essere in grado di utilizzare il nuovo applicativo per la formazione nelle parti relative all'organizzazione dei corsi.



Gli interventi formativi hanno consentito, seppur con le criticità mostrate dallo stesso, di utilizzare un sistema unico di gestione delle attività dismettendo i precedenti tre sistemi informatici in uso nelle precedenti AUSL.



Insieme, *sulle vie della cura*