

## ***Relazione sulla Performance 2018 - Allegato 1***

**Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 919/2018)**

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nella **DGR n. 919/2018** “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018” evidenzia quanto segue, sulla base di quanto specificamente indicato nell’Allegato B della già citata DGR 919/2018 avente oggetto “*Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2018*”.

Si precisa che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell’Allegato B della DGR 919/2018.

### **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 è proseguito nella sua realizzazione nel rispetto delle modalità e delle tempistiche attese, ed è stato costantemente monitorato per garantire il raggiungimento degli obiettivi attesi.

A tal fine, entro il 31 Gennaio è stata inviata in Regione la rendicontazione dell’attività svolta comprensiva dei risultati raggiunti.

Nel corso del 2018 il gruppo aziendale di coordinamento si è incontrato due volte:

- il 23 Maggio per monitorare l’andamento dei progetti, per l’analisi del risultato raggiunto nel 2017 e per la programmazione 2018;
- il 13 Novembre per la valutazione del primo semestre e l’analisi di criticità e definizione di eventuali azioni correttive da attuare.

Oltre a questi incontri, è stato mantenuto costantemente un contatto con i Referenti di Setting sulle indicazioni regionali e su eventuali criticità, attraverso contatti mail, telefonici e riunioni .

In particolare, per migliorare la salute della popolazione e contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari il DSP ha proceduto nei lavori di attuazione degli interventi attraverso:

- il coordinamento dei programmi del Piano Locale Attuativo della Ausl Romagna assicurando il supporto tecnico alla comunicazione e il monitoraggio dei risultati;
- l’attuazione di iniziative volte alla valutazione della equità negli strumenti di programmazione;
- l’organizzazione di iniziative formative per operatori sanitari;
- la predisposizione di un profilo di salute della Romagna per supportare la programmazione degli interventi;
- la prosecuzione del progetto “Guadagnare in Salute nella Casa della Salute” con l’obiettivo di migliorare le competenze degli operatori delle Case della Salute e dei Dipartimenti Territoriali nel counselling motivazionale per facilitare il cambio dei comportamenti degli assistiti e promuovere l’organizzazione di iniziative nella comunità che aiutino il cittadino a adottare stili di vita salutari e connetterle alle attività delle Case della Salute, creando sinergie tra le programmazioni dei

dipartimenti territoriali sui temi di guadagnare salute per evitare duplicazioni e potenziare l'uso efficiente ed efficace delle risorse.

**Indicatore e target:**

La verifica sui 54 indicatori sentinella per cui l'obiettivo assegnato dalla Regione è di raggiungere in almeno 51 di essi uno standard di implementazione superiore all'80% non ha evidenziato particolari criticità, se non sui tre seguenti indicatori sentinella che non sono stati perseguiti per la mancata produzione delle linee guida e/o azioni di competenza della Regione:

- Progetto 2.17 ORSA non attivato a causa di criticità legate agli applicativi informatici (1 indicatore sentinella);
- Progetto 4.9 ancora in via di definizione a livello regionale (2 indicatori sentinella)

Pertanto, in base ai dati raccolti e monitorati al 31 gennaio 2019, risulta che i restanti 51 indicatori sentinella assegnati alla Ausl della Romagna sono stati tutti conseguiti nella misura di almeno l'80%.

Visto quanto sopra, in attesa di conferma da parte del dato validato a livello regionale, si ritiene di aver raggiunto lo standard assegnato dalla DGR 919/2018 (*Percentuale di indicatori sentinella con valore conseguito  $\geq 80\%$ ; obiettivo:  $\geq 95\%$* ).

Nel corso del 2018 è stato inoltre elaborato e pubblicato il Profilo di Salute 2018 dell'Ausl della Romagna, rinvenibile sul sito internet aziendale<sup>1</sup>.

## **1.2. Sanità Pubblica**

Il DSP ha predisposto entro marzo 2018 il proprio Piano annuale delle attività, pubblicato sul sito internet aziendale per la presa di conoscenza da parte degli stake-holders. Il Piano comprende la descrizione di tutti i progetti relativi alle attività istituzionalmente dovute, alle attività di vigilanza e controllo, nonché i progetti legati a specifici bisogni del territorio (Es: Porto di Ravenna). L'andamento dei diversi progetti è stato monitorato con periodicità trimestrale senza rilevare particolari scostamenti rispetto al programmato.

Le UU.OO. coinvolte hanno inoltre gestito efficacemente tutti gli interventi in emergenza che si sono verificati nel corso dell'anno (casi di legionellosi, focolaio epidemico di WND, problematiche a carico di strutture socio assistenziali, allerte, infortuni sul lavoro).

### **1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi**

Relativamente all'archivio registro mortalità, la circolare regionale n. 7 del 2003 pone due end point per l'aggiornamento dell'archivio delle cause di morte relativamente a ciascun anno in corso: 31 ottobre, per i decessi avvenuti nel primo semestre; 31 marzo dell'anno successivo per il restante periodo.

Si conferma che al 31 marzo 2018 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio relativo all'anno 2017 e al 31 ottobre 2018 l'inserimento del 1° semestre 2018, per cui l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

L'Azienda USL della Romagna ha inoltre garantito la qualità e i tempi previsti dal programma PASSI per la raccolta di dati e informazioni su stili di vita ed utilizzo dei servizi sanitari nella popolazione Romagnola.

Le 880 interviste Passi programmate per il 2018 sono state tutte prese in carico ed eseguite entro i tempi previsti, come rinvenibile dal report Regionale sul monitoraggio Sorveglianza PASSI - Attività 2018.

<sup>1</sup> <https://www.auslromagna.it/ricerca/download/documenti-dei-servizi/sanita-pubblica/prevenzione/salute-in-romagna/a-profilo-di-salute?format=html>

Nel 2017 è anche ripartita in Regione la sorveglianza di PASSI d'Argento. L'esecuzione materiale delle interviste è stata appaltata a livello regionale ad un'azienda esterna - R&B di Modena - che anche nel 2018 ha ottenuto l'incarico. In capo alle singole Aziende Usl è rimasta tutta l'attività restante, esclusa appunto l'esecuzione delle interviste, 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 2018 è in fase di completamento in tutta la Regione e si sta avviando alla conclusione nei tempi previsti (Marzo 2019).

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

L'Azienda USL assicura, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo. In particolare, viene garantita l'adesione al programma SMI e al sistema regionale ALERT nei tempi e nei modi richiesti, con inclusione delle nuove malattie e delle infezioni emergenti, oltre che assicurare il tempestivo invio dei flussi informativi già attivi per le malattie soggette a sorveglianza specifica.

##### **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***

sono stati segnalati al DSP 4 casi sospetti, tutti notificati in regione e sottoposti ad accertamento sierologico da parte del laboratorio di riferimento CRREM. Inoltre, nel 2018 sono stati notificati 129 casi sospetti di arbovirus (comprensivi dei casi di WND) e tutti sono stati testati presso il CREEM.

##### ***n. schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI, complete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI (valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 95%)***

Nel corso del 2018 tutte le notifiche di casi di malattie infettive (in totale 3.925) sono state inserite nell'applicativo SMI, determinando l'esecuzione di oltre 2.600 interviste epidemiologiche. A settembre 2018 è stato organizzato ed effettuato un corso di formazione specifico (relatore Dr. Andrea Mattivi), per approfondire gli aspetti di natura tecnica relativi alle modalità di inserimento delle notifiche per rendere il più possibile omogenee e complete le modalità di inserimento dei dati e anche per migliorare le competenze di estrazione ed elaborazione degli stessi dati raccolti dall'applicativo SMI. Al corso ha partecipato il personale medico e infermieristico delle UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica ed Epidemiologia.

#### **1.2.3. Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e legge 119/2017 inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale**

##### **Implementazione nuove vaccinazioni dei minori**

Dal 2017 è stata introdotta in tutti i Distretti la vaccinazione antimeningococco B per tutti i nuovi nati e la vaccinazione antiHPV, che prima era riservata alle femmine, è stata estesa anche ai maschi dodicenni. Dal 2018 oltre a questi vaccini si effettua la vaccinazione antivaricella (obbligatoria per i nuovi nati dal 2017) al 13° mese, in concomitanza con la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e la vaccinazione di tutti i nuovi nati (a partire dai nati nel 2018) con il vaccino antirotavirus. Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, si attua la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target.

##### **Indicatore e target:**

E' stata implementata in tutti gli ambiti territoriali aziendali l'offerta attiva delle vaccinazioni previste dal PNPV ed è stata data piena attuazione a quanto previsto dalla legge 119/2017:

- prima chiamata degli inadempienti;
- raccomandata con R/R con invito al colloquio per chi non ha risposto al primo invito;
- scambio di elenchi con le scuole del territorio;
- sedute vaccinali di recupero dei bambini non in regola.

L'attività ha prodotto un significativo aumento delle coperture vaccinali, in particolare per le classi di età frequentanti asilo nido e scuola materna.

La copertura al 31.12.2018 per le dieci vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi mostra per i vaccini contenuti nell'esavalente un valore per la Romagna molto vicino al 95%, sebbene con significative differenze tra gli ambiti (Ravenna 97%, Rimini 92%).

La copertura per vaccino MPR raggiunge il 91,9% in Romagna (Ravenna 95,7%, Rimini 88,3%).

Anche se i dati di copertura sono ancora in diversi territori distanti dallo standard del 95%, va messo in rilievo l'importante aumento conseguito negli ultimi due anni (Es: Rimini esavalente +5%, MPR +11%)

I dati di copertura per Meningococco B e Hpv non sono ancora stati diffusi dalla Regione per cui non sono disponibili.

#### **Implementazione nuove vaccinazioni degli adulti**

Dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione contro lo pneumococco della coorte dei sessantacinquenni che prevede la somministrazione del vaccino coniugato 13valente al compimento dei 65 anni e la somministrazione del vaccino 23valente l'anno successivo. Secondo le indicazioni regionali la vaccinazione è affidata ai medici di Medicina Generale che la effettuano nei propri studi in concomitanza con la vaccinazione antiinfluenzale. Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica invia a tutti i soggetti della coorte dei 65enni una lettera per illustrare la proposta di vaccinazione e invitare i cittadini a richiederla al proprio MMG, al quale l'Azienda consegna i vaccini necessari.

#### **Indicatore e target:**

Relativamente alla campagna di chiamata attiva per lo Pneumococco, la copertura della popolazione dei 65enni, ricavata dai dati Sole, è ad oggi del 26,3% della popolazione (a fronte di un target  $\geq 55\%$ ), ma sono tuttora in corso controlli in quanto il sistema ha mostrato durante la campagna alcuni problemi.

Relativamente alla vaccinazione antinfluenzale, pur rilevando lo stesso problema nel software Sole, ad oggi la copertura della popolazione  $\geq 65$  anni risulta circa al 52% (a fronte di un target  $\geq 75\%$ ) anche se il dato non può essere considerato ancora definitivo. Si evidenzia, tuttavia, che complessivamente sono state somministrate circa 180.000 dosi (ossia 8.000 dosi in più dello scorso anno).

Si segnala anche un significativo aumento delle donne vaccinate per l'antinfluenzale in gravidanza con un numero complessivo di 845 (contro i 462 dell'anno precedente). A questo proposito si rileva un buon risultato anche per quanto riguarda la vaccinazione antipertossica in gravidanza che ha consentito di vaccinare 2.900 donne (nel 2017 erano state 1425)

#### **1.2.4. Programmi di screening oncologici**

Le rilevazioni relative agli screening oncologici presso l'Azienda Usl della Romagna, sia per gli inviti che per l'adesione, fanno riferimento alle schede puntuali regionali al 01.01.2019 per gli screening cervicale e mammografico e alle schede puntuali regionali al 30.11.2018 per lo screening colon-rettale. Da tali dati,

riportati sinteticamente nelle tabelle a seguire, si evince che in tutti gli ambiti territoriali si sono raggiunti gli obiettivi prefissati sia in termini di progressione degli inviti sia in termini di adesione per lo screening cervicale e mammografico; margini di miglioramento sono da perseguire sul programma di screening del colon-retto, in particolare sull'ambito territoriale di Forlì.

Si sottolinea che in questo percorso l'Azienda pone particolare attenzione a favorire l'adesione dei gruppi di popolazione più svantaggiati. A tal proposito, le lettere ed i materiali informativi sono stati semplificati nel linguaggio per favorire la comprensione delle persone con livello di studio inferiore e prosegue l'azione, avviata in via sperimentale nell'Ambito di Cesena, di recall telefonico per le persone a rischio non aderenti all'invito: donne straniere provenienti da Paesi a rischio per il tumore della cervice uterina e i non aderenti allo screening del colon retto.

L'Azienda assicura i flussi informativi richiesti dalla Regione e dall'Osservatorio Nazionale Screening nei tempi e modalità previste e collabora attivamente alla gestione dei registri tumori.

<b>Screening cervicale</b>		<b>Cesena</b>	<b>Forlì</b>	<b>Ravenna</b>	<b>Rimini</b>	<b>TOTALE ROMAGNA</b>
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard</b>					
<b>Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening cervicale</b>	<b>95-100%</b>	99,5%	98,8%	99,0%	97,8%	<b>98,7%</b>
<b>Copertura della popolazione da parte del programma di screening</b>	<b>Acc: ≥50% Des: ≥60%</b>	64,4%	56,6%	64,6%	61,8%	<b>62,4%</b>

Screening mammografico			Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	TOTALE ROMAGNA
Indicatori di processo	Standard						
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening mammografico	95-100%	45-49 anni	98,3%	96,1%	99,6%	99,2%	98,7%
		50-69 anni	98,4%	97,6%	99,7%	99,9%	99,2%
		70-74 anni	99,1%	99,6%	99,8%	99,9%	99,7%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc: ≥60%  Des: ≥70%	45-49 anni	74,0%	70,3%	74,0%	74,4%	73,5%
		50-69 anni	73,4%	79,0%	76,8%	70,5%	74,7%
		70-74 anni	78,0%	78,0%	78,5%	71,3%	75,3%

<b>Screening colon-rettale</b>		<b>Cesena</b>	<b>Forlì</b>	<b>Ravenna</b>	<b>Rimini</b>	<b>TOTALE ROMAGNA</b>
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard</b>					
<b>Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening colon retto</b>	<b>95-100%</b>	92,4%	82,8%	92,3%	98,2%	<b>92,5%</b>
<b>Copertura della popolazione da parte del programma di screening</b>	<b>Acc: ≥50% Des: ≥60%</b>	48,1%	44,7%	55,3%	50,2%	<b>50,7%</b>

#### **1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita**

Il DSP è costantemente impegnato a mantenere il controllo delle imprese esistenti, effettuando interventi di vigilanza nella misura prevista dalla programmazione regionale e mantenendo altresì elevato il livello di controllo sui cantieri edili ed in particolare sui cantieri di rimozione amianto.

Nel corso del 2018 è stato pienamente raggiunto il livello richiesto di copertura del territorio con la vigilanza pari al 9% delle aziende del territorio calcolata in base al nuovo denominatore fornito dalla Regione. A questo risultato ha contribuito anche l'U.O. Impiantistica ed Antinfortunistica, nella misura di circa il 10%, mentre la rimanente quota del 90% è stata assicurata dalle UU.OO. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

La vigilanza ha riguardato tutti i comparti produttivi ed i fattori di rischio indicati dal Piano Regionale della Prevenzione (edilizia, agricoltura, rischio biomeccanico, rischio cancerogeno, amianto, rischio stress lavoro correlato, prevenzione nelle scuole, prevenzione infortuni sul lavoro stradale) ed è stata inoltre indirizzata verso contesti lavorativi di particolare rilievo a livello locale, quali le attività lavorative dell'area portuale di Ravenna dove, durante il 2018, si sono raggiunti rilevanti risultati in termini di vigilanza e controllo (n. 104 interventi nell'anno), portando avanti, al contempo, attività di informazione e assistenza, sia autonomamente sia avviando un progetto di prevenzione in collaborazione con il Dipartimento di Medicina del Lavoro di INAIL.

La vigilanza è stata condotta secondo le indicazioni della DGR 200/2013 e della Circolare 10/2014, in particolare con l'uso degli strumenti - check-list specifiche - elaborate da gruppi tecnici regionali, presentate e validate a livello di Comitato Regionale di Coordinamento e disponibili su apposito sito regionale, garantendo così rilevante omogeneità e trasparenza all'azione di controllo delle UU.OO. PSAL e la possibilità, per le imprese, di effettuare, tramite esse, una forma di autocontrollo.

Una parte dell'attività di vigilanza è stata effettuata congiuntamente, o in modo coordinato, con altri organi pubblici con funzione di controllo, in particolare con Ispettorato Territoriale del Lavoro, ARPA, Vigili del Fuoco, INAIL e, nei territori sede di attività portuali, soprattutto a Ravenna, con Capitaneria di Porto e Autorità di Sistema Portuale. Tali azioni sono state concordate all'interno delle Sezioni Permanenti - Organismi Provinciali e con un piano di lavoro comune della Sezione allargata di AUSL Romagna.

Contemporaneamente all'attività di vigilanza e controllo sono proseguite tutte le attività previste dal Piano Locale Attuativo dell'AUSL della Romagna (derivato dal Piano Regionale della Prevenzione) mirate all'attuazione di percorsi informativi e formativi verso le figure della prevenzione (RLS, Medici competenti), nonché nei confronti degli altri professionisti della salute quali medici di medicina generale e medici ospedalieri, finalizzati all'emersione e alla diagnosi e prevenzione delle malattie professionali. Con lo stesso obiettivo, si sono regolarmente mantenuti dall'Azienda USL della Romagna verso i rispettivi COR regionali, i flussi informativi relativi ai casi di mesotelioma e tumore naso sinusale.

Inoltre, in stretto coordinamento con il livello di coordinamento regionale, è proseguito, giungendo a pieno compimento, il progetto "Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro", coinvolgendo medici competenti del territorio (anche dell'Azienda USL) e raggiungendo un rilevante numero di aziende e lavoratori aderenti al progetto, comunque superiore agli standard previsti dal PRP.

Tutta l'attività, ed i suoi principali risultati, sono stati presentati nel corso di un "open day" del Dipartimento di Sanità Pubblica rivolto agli stake holders del territorio.

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



**% aziende con dipendenti ispezionate (obiettivo  $\geq 9\%$ )**

è stato raggiunto l'obiettivo di ispezionare il 9% delle aziende del territorio definito in base al nuovo denominatore fornito dalla Regione che ha portato il numero di aziende da ispezionare da 4.520 a 5.110, pari a un + 8,8%.

**N° cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione presentati - art.256 D.Lgs 81/08 (obiettivo  $\geq 15\%$ )**

sono stati sottoposti a controllo il 19,3% dei cantieri che hanno presentato piani di rimozione amianto, andando oltre al target negoziato.

**evidenza di attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP**

è attivo l'ambulatorio di sorveglianza sanitaria ex-esposti presso la sede di Ravenna dello SPSAL. Nelle altre sedi (Cesena, Forlì e Rimini), sono presi in carico gli ex-esposti che ne fanno richiesta. Il relativo report di attività 2018 è stato regolarmente predisposto ed inviato al referente del Progetto Cancerogeni (Progetto 1.6) del PRP

**n. aziende sul territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro (obiettivo  $\geq 80\%$  di quanto previsto dal PRP)**

hanno partecipato al progetto 35 aziende, ossia il 35% in più delle 26 negoziate.

**1.2.6. Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria**

Dal 2016 l'Azienda assicura attraverso il DSP un piano di controlli delle strutture socio-assistenziali non soggette ad autorizzazione al funzionamento, verificando ogni anno il 50% delle case famiglia presenti nel territorio di competenza. A questo nel 2018 si è aggiunto uno specifico programma di vigilanza delle strutture sanitarie e socio assistenziali destinate ai pazienti psichiatrici.

Il programma di controlli portato avanti nel 2018 è stato pertanto molto serrato e ha anche utilizzato risorse aggiuntive; questo ha consentito di aumentare del 75% il numero delle strutture controllate rispetto all'anno precedente.

In particolare, è stato controllato oltre il 46% delle Strutture autorizzate per anziani (CRA, Case di Riposo, Comunità alloggio) con interventi effettuati prevalentemente in orari non convenzionali (prima delle 7 e dopo le 19).

**Indicatori e target:**

**Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (obiettivo: 100% delle strutture autorizzate/anno)**

l'anagrafe regionale delle strutture sanitarie è mantenuta costantemente aggiornata.

**% case famiglia controllate nel biennio 2017-2018 (obiettivo 2017+2018=100%)**

nel biennio 2017-2018 è stato controllato il 100% strutture presenti sul territorio, da cui sono scaturiti diversi verbali di prescrizione e/o diffida.

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

**1.3.1. Piano Regionale Integrato**

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.

Le aziende del comparto della ristorazione, pubblica e collettiva, rappresentano una parte preponderante del totale, coerentemente con la forte vocazione turistica del territorio: gli esercizi sono localizzati in gran parte sul litorale con caratteristiche di stagionalità e tale situazione rende necessario concentrare le risorse per l'attività di controllo in questo settore in un arco di tempo limitato, da metà giugno a metà settembre.

L'applicazione in via sperimentale dei criteri contenuti nel nuovo Protocollo di categorizzazione del rischio degli OSA, con cui è stata modificata la frequenza minima di controllo di alcune tipologie di attività particolarmente numerose (bar, esercizi di vicinato, terminali di distribuzione, attività di trasporto alimenti), ha determinato un significativo incremento del numero di aziende da sottoporre annualmente a controllo ufficiale.

Sono recentemente entrate in vigore alcune normative che hanno indotto una riflessione su alcuni aspetti organizzativi, ma che avranno maggiore impatto sull'attività negli anni successivi.

**Indicatori e target:**

Gli indicatori promossi nella DGR 919/2018 sono nuovi e quindi il DSP ha provveduto al loro inserimento nel sistema di monitoraggio periodico solo a partire dalla seconda metà dell'anno. Il dato ufficiale verrà prodotto dalla Regione direttamente attraverso i sistemi informativi aziendali e dei laboratori di riferimento. Al momento, i dati parziali comunicati dai direttori dei servizi veterinari e SIAN mostrano il raggiungimento dello standard atteso.

***1.3.2. Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine***

Prosegue la realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di *ufficialmente indenne* del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina bovina enzootica, TSE e Salmonellosi.

**Indicatori e target:**

Il dato ufficiale sugli indicatori verrà prodotto dalla Regione direttamente attraverso i sistemi informativi aziendali e dei laboratori di riferimento. Al momento i dati parziali comunicati dai direttori dei servizi veterinari e SIAN mostrano il raggiungimento dello standard atteso. All'ultima valutazione ufficiale relativa al primo semestre:

***% allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno (Fonte dati : sistema SEER dell'IZSLER; Obiettivo=100%)***

nel corso del 2018 erano da sottoporre a controllo sierologico 811 allevamenti bovini e ovicaprini. L'indicatore rilevato al primo semestre evidenzia che gli allevamenti controllati sono stati il 67,8%. Si ritiene, dai monitoraggi interni effettuati, che l'obiettivo sia stato raggiunto a fine anno.

***% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN (obiettivo >=80%; Fonte dati sistema SISVET di VETINFO)***

al semestre sul sistema SANAN risultavano caricati regolarmente il 35% dei campioni effettuati. Si ritiene, dai monitoraggi interni effettuati, che l'obiettivo sia stato raggiunto a fine anno.

***% aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette al controllo (obiettivo 3% - Fonte dei dati portale nazionale VETINFO "Statistiche")***



al primo semestre risultavano sottoposti a controllo per anagrafe 17 allevamenti ovicapri su 1.498 censiti in BDN, pari all'1,1%. Si ritiene, dai monitoraggi interni effettuati, che l'obiettivo sia stato raggiunto a fine anno.

### **1.3.3. Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)**

I controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale sono stati programmati ed in fase di effettuazione, nel rispetto della programmazione del Piano regionale per la ricerca dei fitosanitari.

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

**% campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria (obiettivo 100% - Fonte dati : sistema nazionale NSIS)**

il piano di campionamento è stato svolto in misura superiore al 100% programmato, infatti sono stati complessivamente effettuati 460 campioni sui 454 previsti dal piano.

### **1.3.4. Adeguamento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA**

Nel 2017 il sistema informativo di registrazione delle attività svolte (AVELCO) è stato adeguato per l'esposizione dei dati all'applicativo ORSA. L'Azienda ha recepito le regole ORSA per le codifiche dei controlli e il corretto utilizzo del sistema.

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

**Idoneità dei dati AUSL, presenti nel sistema regionale ORSA, di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute:**

L'adeguamento del software è stato terminato nel mese di aprile. E' stato poi formalizzato un gruppo di lavoro per la verifica dei dati. A seguito di questa verifica, il progetto 2.17 - ORSA, ricompreso nel PRP, non è stato attivato dalla Regione a causa di criticità legate proprio agli applicativi informatici.

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

I servizi di medicina occupazionali sono impegnati a portare avanti gli obiettivi di promozione della salute del PRP e a dare piena attuazione alle indicazioni contenute nella DGR 351/2018 che ha approvato il documento "Rischio biologico e criteri per l'idoneità alla mansione specifica dell'operatore sanitario".

Rispetto agli obiettivi di **sorveglianza sanitaria dei lavoratori** l'Azienda USL della Romagna nel 2018 ha sviluppato le seguenti azioni:

- è stato applicato dai medici competenti dell'AUSL della Romagna il protocollo unico per la sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera b) del D.Lgs 81/2008, definito nel 2016;
- sono state applicate le linee guida condivise dai medici competenti per la formulazione del giudizio di idoneità alla Movimentazione Manuale Carichi e/o Pazienti negli operatori sanitari.

I medici e il personale del comparto assegnato ai Servizi Medico Competente/Medicina Occupazionale degli Ambiti Territoriali dell'AUSL della Romagna hanno partecipato come docenti a 17 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, nei diversi Ambiti Territoriali, incentrando i loro interventi sulla prevenzione delle malattie infettive (rischio biologico). Sono stati inoltre organizzati negli Ambiti Territoriali dell'AUSL Romagna 7 corsi di formazione su

***“Influenza: Aspetti clinici preventivi e assistenziali”*** per sponsorizzare la vaccinazione antinfluenzale fra gli operatori sanitari.

Inoltre, nel 2018 i medici competenti dell'AUSL della Romagna hanno applicato quanto riportato nella Delibera della Regione Emilia Romagna n. 351 del 12.03.2018 ***“Rischio Biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario”***. La delibera riporta i criteri per l'individuazione delle attività lavorative da considerarsi a rischio infettivo per terzi, per le vaccinazioni necessarie per svolgere tali attività e per le idoneità lavorative al loro svolgimento.

Mentre l'immunità per morbillo, rosolia e varicella si testava negli operatori sanitari esposti al rischio biologico già dal 2014/2015, da settembre 2017, in alcuni ambiti territoriali, e da aprile 2018, in tutta l'Azienda USL della Romagna, si è iniziata a testare anche l'immunità nei confronti della parotite, proponendo la vaccinazione MMR in caso di sua assenza.

I medici competenti sono parte attiva nell'offerta e promozione presso gli operatori sanitari delle vaccinazioni per l'epatite B, la rosolia, il morbillo e la parotite (vaccino trivalente MMR), la varicella e l'influenza, tramite anche la somministrazione dei vaccini. Nel 2018 sono stati somministrati direttamente n. 383 vaccini per l'epatite B, n. 541 vaccini per morbillo/parotite/rosolia e n. 53 vaccini per la varicella.

Infine, sul ***contrasto alle molestie e aggressioni al personale sanitario*** l'AUSL della Romagna ha iniziato a trattare questo argomento a seguito della ***Deliberazione D.G. N. 370 del 10/08/2016 “Programma di prevenzione della Violenza da terzi degli operatori aziendali”*** nella quale, sulla base di documenti “di riferimento” ministeriali e regionali, vengono definiti gli obiettivi e la costituzione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare.

Il Gruppo di Lavoro ha lavorato per la stesura della ***Procedura Aziendale n. 95 “Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali”*** (pubblicata il 21.07.2017) nella quale viene definito il percorso di gestione degli eventi aggressivi/violenti e sono stati prodotti i seguenti documenti:

- Policy aziendale (da affiggere nelle sale d'attesa e similari);
- Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori (aggressione verbale e/o fisica);
- Istruzione operativa per il supporto psicologico individuale agli operatori coinvolti in un episodio di aggressività e/o violenza da terzi (attivabile solo per aggressioni fisiche con esiti moderati per gli operatori che hanno “aperto” l'infortunio lavorativo);
- Istruzione operativa per l'intervento psicologico sul gruppo di operatori coinvolti in un episodio di aggressività e/o violenza da terzi (e relativo Modulo di attivazione dell'intervento a cura del Direttore di U.O. ove si è verificato l'accadimento);
- Opuscolo informativo per la gestione della violenza da terzi a danno degli operatori (*“le buone prassi”* da appendere nelle guardiole/medicherie/front-office);
- Informativa amministrativa (informazioni utili sulla eventuale possibilità per l'operatore aziendale di querelare l'aggressore, con quattro riferimenti territoriali a cui potersi rivolgere per avere maggiori informazioni legali/amministrative);
- Procedura Aziendale n. 147 del 02.11.2018 ***“Modalità di richiesta risarcimento danni a beni mobili ed immobili, di proprietà o in uso all'AUSL della Romagna successivo ad eventi di aggressione da parte di pazienti”***.

Gli eventi aggressivi nell'AUSL della Romagna vengono "registrati" in **tre flussi informativi**:

- Database degli infortuni lavorativi c.d. INAIL;
- Database delle segnalazioni delle aggressioni verbali/fisiche/proprietà mediante la compilazione del *"Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori"* allegato alla Procedura Aziendale (PA 95 del 2017);
- Database eventi sentinella: la Procedura Aziendale n. 95 prevede che nelle aggressioni fisiche con esito significativo o severo l'analisi dell'evento dannoso per l'operatore venga analizzata e gestita secondo i criteri degli eventi sentinella (declinati nella PA04 *"Gestione eventi avversi e near miss nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali"*).

Nell'anno 2018 gli episodi violenti in AUSL della Romagna si sono concretizzati con **60 infortuni lavorativi** che, pari al 5% del totale degli infortuni annui, hanno determinato una assenza complessiva dal lavoro di 671 giorni; invece gli eventi aggressivi/violenti dichiarati mediante la modulistica contenuta nella PA 95 sono confluiti in **357 segnalazioni**, così suddivise:

- VERBALE+FISICA+PROPRIETA'= 51
- VERBALE+FISICA= 81
- VERBALE+PROPRIETA'= 21
- FISICA+PROPRIETA'= 2
- SOLO FISICA = 18
- SOLO VERBALE = 182
- SOLO PROPRIETA'= 2

Nessuno dei succitati eventi (infortuni lavorativi "INAIL" e segnalazioni) si è concretizzato con una aggressione fisica con esito significativo o severo, cioè con un evento sentinella (PA04).

Tutti i flussi vengono analizzati e presentati in riunioni ad hoc, con le risultanze vengono prodotti report a livello aziendale o regionale, mentre nell'immediatezza della segnalazione viene dato riscontro all'operatore aggredito in base all'accadimento e alla sua "gravità" mediante una risposta telefonica o con e-mail e/o programmando un eventuale sopralluogo.

Sulla base delle indicazioni regionali verranno programmati dei feedback alle UU.OO. interessate dal fenomeno mediante documenti di valutazione del rischio specifico, eventi informativi e formativi e con strumenti di diffusione aziendale (intranet e analoghi).

#### **Indicatore e target:**

***Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (obiettivo: >=34%, o comunque con evidenza di incremento rispetto all'anno precedente o mantenimento per chi ha già conseguito il 34% di copertura)***

anche se i dati non sono ancora definitivi, la copertura vaccinale antinfluenzale per gli operatori sanitari è aumentata. Il numero di dosi vaccinali somministrate a personale sanitario è passato da 3.148 del 2017 a 3.756, raggiungendo una copertura del 31,1% (contro 25,6% del 2017).

***Realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti (obiettivo: => 5% dei lavoratori per ogni Azienda Sanitaria)***

nel 2018 sono state compilate dai medici competenti 180 schede individuali di promozione della salute (109 ambito di Cesena, 50 Ravenna, 21 Rimini) pari al 2,9% dei 6.247 dipendenti dell'AUSL della Romagna sottoposti ad accertamento sanitario preventivo/periodico.

***Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio (obiettivo: >=95%)***

nel 2018 i 3.063 operatori adibiti ai reparti ad alto rischio: Ostetricia, Dialisi, Oncoematologia, Radioterapia, Pediatria e Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Malattie Infettive, Rianimazione, Pronto Soccorso e Emergenza Urgenza dell'AUSL della Romagna sono risultati immuni/vaccinati: per il morbillo al 99,83% (3.508), per la parotite al 82,89% (2.539), per la rosolia al 99,51% (3.048) e per la varicella al 99,51% (3.048).

***Produzione documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno***

nel 2018, ad implementazione del percorso avviato nel 2017 su 29 strutture aziendali, sono state effettuate n. 15 Valutazioni del Rischio Violenza da terzi nei Punti di Primo Intervento e nei SerT dell'AUSL della Romagna che sono state poi formalizzate e pubblicate con la Deliberazione n. 415 del 08.11.2018.

Per ogni valutazione sono state individuate **misure di mantenimento/miglioramento** da effettuarsi in modi differenziati e con tempistiche adeguate, nel rispetto delle risultanze ottenute (15 verdi/Rischio Basso). Inoltre, nell'anno 2018 è stata effettuata una analisi sulle sedi di Continuità Assistenziale e sono state condotte n. 37 Valutazioni del Rischio Violenza da terzi nelle c.d. Guardie Mediche dell'AUSL della Romagna. Il Documento di Valutazione del Rischio è stato pubblicato con la Deliberazione n. 453 del 12.12.2018: per ogni sede della Guardia Medica e per ogni tipologia di attività svolta (ambulatorio visite, stanza attesa visite domiciliari, Centrale Operativa) è stato attribuito un indice di rischio sulla quale sono state individuate le **misure di mantenimento/miglioramento** da effettuarsi in modi differenziati e con tempistiche adeguate, nel rispetto delle risultanze ottenute (solo 3 sedi di visite ambulatoriali dell'ambito di Ravenna hanno avuto un codice colore giallo/Rischio Intermedio, le restanti sedi/attività sono risultate verdi o bianche, rispettivamente Rischio Basso o Trascurabile).

Sempre nell'anno 2018 sono stati effettuati ulteriori **4 sopralluoghi a seguito di aggressioni subite da parte di operatori** (eventi acuti sull'Ambito di Rimini: Colosseo, n. 3 Farmacie Ospedaliere Ambulatori Distribuzione Diretta), al fine di individuare misure di protezione degli operatori.

Sulla base dei Documenti di Valutazione del Rischio redatti si sono attivate le opportune azioni che si sono concretizzate con **installazione di impianti di videosorveglianza** nei reparti considerati "sensibili", in particolare in quelli dell'emergenza/urgenza (es. Pronto Soccorso e Punto di Primo Intervento) e nei reparti psichiatrici (es. Centro Salute Mentale, SPDC ecc.); **attivazione di nuovi servizi di vigilanza** delle guardie giurate private nei casi e nelle fasce orarie più critiche; **definizione di cronoprogrammi di misure strutturali/tecnologiche ed organizzative/gestionali** correlati all'indice di gravità rilevato nelle varie strutture; **formazione del personale; supporto psicologico individuale e gruppale**.

## 2. Assistenza Territoriale

### 2.1. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

In merito al raggiungimento degli obiettivi sulla garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale indicati a livello regionale nella DGR n. 919/2018 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2018" si evidenzia quanto segue.

#### **Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard.**

##### **Indicatore e target:**

**Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale). Target  $\geq 90\%$**

E' stato garantito il rispetto dell'obiettivo di garantire almeno il 90% delle prestazioni specialistiche monitorate. Si riporta di seguito la tabella che evidenzia l'andamento dell'indice di performance (IP) dell'Ausl Romagna rilevato presso il portale regionale SivER.

<b>Indice di performance prospettico</b>				
	<b>Indicatore</b>	<b>Territorio</b>	<b>Valore - 2017</b>	<b>Valore - 2018</b>
<b>Tempi di attesa assistenza specialistica ambulatoriale</b>	IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. <u>visite</u> prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>91,92</b>	<b>97,49</b>
		<i>Emilia-Romagna</i>	<i>97,05</i>	<i>97,82</i>
	IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. <u>esami diagnostici</u> prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>95,16</b>	<b>97,46</b>
		<i>Emilia-Romagna</i>	<i>98,31</i>	<i>98,71</i>

Fonte: SivER – Regione Emilia-Romagna (rilevazione del 23.04.2019)

L'andamento generale dell'indice di performance si posiziona sempre sopra al 90%, in tutti i periodi, sia per le visite che per la diagnostica.

Negli anni 2017 e 2018 la Azienda della Romagna è sempre rimasta entro lo standard del 90% ma va segnalato come il confronto 2018 vs 2017 mostri un miglioramento dell'indice di performance che si attesta nel 2018 a valori superiori al 97% sia per le visite sia per gli esami diagnostici. Inoltre, va evidenziato come un particolare miglioramento dell'indice di performance - generalizzato per tutti i territori romagnoli e con carattere di stabilità - si sia osservato in particolare a partire da agosto/settembre 2018. A riprova di ciò si fornisce di seguito una tabella (Fonte: portale regionale spagoBI) che evidenzia l'andamento dell'indice di performance, per singolo mese, da settembre 2018 a febbraio 2019.

##### **Andamento dell'indice di performance prospettico per prestazioni monitorate (primi accessi) per mese.**

**Periodo settembre 2018 - febbraio 2019**

<b>Prestazione monitorata</b>	<b>set-18</b>	<b>ott-18</b>	<b>nov-18</b>	<b>dic-18</b>	<b>gen-19</b>	<b>feb-19</b>
	<b>IP</b>	<b>IP</b>	<b>IP</b>	<b>IP</b>	<b>IP</b>	<b>IP</b>
01 Visita Oculistica	100%	100%	97%	100%	100%	100%
02 Visita Urologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
03 Visita Fisiatrica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
04 Visita Endocrinologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
05 Visita Neurologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
06 Visita Ortopedica	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Prestazione monitorata	set-18	ott-18	nov-18	dic-18	gen-19	feb-19
	IP	IP	IP	IP	IP	IP
07 Visita Oncologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
08 Visita Cardiologica	99%	99%	99%	100%	100%	100%
09 Colonscopia	99%	100%	100%	100%	100%	100%
10 EMG	100%	100%	95%	100%	100%	100%
11 Ecocolordoppler	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12 Ecografia Addome	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13 Gastrosocopia	98%	99%	100%	100%	100%	100%
14 TAC del Capo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15 TAC Addome	98%	100%	98%	100%	100%	100%
16 RMN Cerebrale	97%	100%	100%	100%	100%	100%
17 RMN Addome	99%	100%	100%	100%	100%	100%
18 RMN della Colonna	95%	100%	100%	100%	100%	100%
22 Visita Ginecologica	100%	100%	97%	100%	100%	100%
23 Visita Dermatologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	97%	100%	100%	100%	100%	100%
25 Visita Chirurgia Vascolare	99%	99%	100%	100%	100%	100%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
27 TAC Bacino	100%	100%	100%	100%	100%	100%
28 TAC Torace	97%	100%	99%	100%	100%	100%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	100%	100%	100%	100%	100%	97%
35 Elettrocardiogramma	100%	100%	100%	100%	100%	100%
36 Elettrocardiogramma Holter	100%	100%	100%	100%	100%	100%
37 Audiometria	100%	100%	100%	100%	100%	100%
38 Spirometria	90%	99%	100%	100%	100%	100%
39 Fondo Oculare	100%	100%	100%	100%	100%	100%
40 Visita Gastroenterologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
41 Visita Pneumologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
42 Mammografia	100%	100%	100%	100%	100%	100%
43 Ecografia capo e collo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%
45 ECG da sforzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
46 RM muscoloscheletrica	99%	100%	99%	100%	99%	99%
47 Visita Diabetologica	100%	98%	100%	100%	100%	100%
50 Visita Senologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborazione da portale regionale "spagoBI". Dati relativi al Bacino 1 (utenti che accettano la disponibilità all'interno del proprio bacino territoriale)

L'Azienda ha messo in campo azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa che si sono dispiegate su diverse direttrici e che hanno consentito il miglioramento sopra descritto:

- potenziamento della committenza da strutture private accreditate che, come dato in proiezione, stima un livello economico di acquisto superiore a quello del 2017 di circa 1 milione di euro. Ciò si è reso necessario sia per superare alcune criticità osservate nelle strutture pubbliche per carenza di organico, in particolare in alcune branche (es. radiologia) e quindi per mantenere la offerta a livelli costanti, sia per fronteggiare picchi di domanda attraverso un opportuno e costante allineamento delle quantità di offerta messi a disposizione all'interno dei percorsi di garanzia;
- Mantenimento e, laddove possibile, potenziamento della attività pubblica in regime di Simil Alpi sottolineando che l'impegno sta divenendo sempre più orientato anche al raggiungimento degli



obiettivi di contenimento dei tempi di attesa sugli interventi chirurgici e, pertanto di volta in volta valutando le priorità di impegno delle risorse;

- potenziamento delle ore acquisite tramite contratto con la compagine degli specialisti ambulatoriali, in specie laddove non era possibile od opportuno incrementare l'offerta tramite specialisti ospedalieri e/o privati accreditati.

Va riferito altresì che l'azienda ha proseguito nel 2018 anche la attività anche sul tema della appropriatezza avendo sino ad oggi realizzato:

- la diffusione e integrazione informatica all'interno dei software di cartella dei MMG delle indicazioni condivise per visita fisiatrica, visita reumatologica, visita urologica, visita oculistica, visita endocrinologica, visita neurologica, visita nefrologica e visita ORL prioritarie (urgenti differibili);
- la condivisione dei criteri di appropriatezza per la corretta prescrizione di alcuni esami di laboratorio, in particolare: vitamina D, elettroforesi delle proteine, TSH, Ft3 e FT4, e PSA reflex;
- la revisione del sistema di indicazioni per il corretto utilizzo di TC e RMN articolari (ordinarie e prioritarie), sulla base delle evidenze di letteratura, delle Linee Guida delle principali società scientifiche e di quanto previsto dal DPCM 12.01.2017 (Decreto LEA), con produzione di nuove indicazioni, anch'esse integrate in fase prescrittiva all'interno dei software di cartella MMG.

E proseguito il lavoro della revisione dei bacini di garanzia, in previsione dell'avvio del CUP unico Romagna; per il momento tale revisione è sostanzialmente disponibile per le prestazioni monitorate e per le prestazioni urgenti differibili (monitorate e non).

### **Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative**

Nel corso del 2018, tramite approfondimenti e incontri che hanno visto partecipi i soggetti aziendali coinvolti nell'applicazione della DGR 377/2016 e la ditta che cura il software, si è messa a punto una nuova funzione informatica che consente al servizio accertatore di gestire direttamente l'estrazione degli episodi sanzionabili finalizzata all'invio dei verbali di irrogazione.

Ciò garantirà una semplificazione e facilitazione nella gestione del percorso sanzionatorio.

La fase dei test di prova sui criteri di estrazione si è prolungata fino a dicembre 2018 per raffinare i criteri di estrazione e consentire così un risultato di massima precisione nell'ingiunzione.

Nel 2018 sono comunque stati inviati circa 20.000 verbali di sanzioni.

E' stata elaborata una tipologia di informativa per l'utenza più dettagliata rispetto a quella già in essere, che è stata pubblicata sul sito aziendale

### **Indicatore e target:**

#### **Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente. Target : < valore 2017**

Nel 2018 l'Azienda ha registrato un numero di mancate presentazioni pari a 83.036 contro un dato del 2017 di n. 105.667. Pertanto la differenza percentuale risulta di -21,4% (2018 vs 2017) a testimonianza della azione incisiva del processo di applicazione della DGR/377/16.

### **Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.**

In merito alla indicazione regionale previste dalla delibera 1056/2015, in particolare relativamente alla presa in carico da parte degli specialisti mediante le prescrizioni dirette delle prestazioni necessarie al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico, è stata innanzitutto verificata l'effettiva disponibilità e conoscenza degli strumenti informatici adeguati per la corretta prescrizione delle prestazioni necessarie,

per tutti gli specialisti che operano nelle strutture Ospedaliere dell'Azienda. Entro il 2018 tutte le articolazioni organizzative sono dotate di strumenti informatici per la prescrizione dematerializzata; inoltre, si è proseguito con la condivisione di Linee Guida per l'appropriatezza prescrittiva, in particolare per le prestazioni prioritarie e, di conseguenza, all'interno di questi momenti di confronto e conseguentemente alla condivisione dei criteri di accesso alle prime visite, sono stati ribaditi e rafforzate le indicazioni alla successiva presa in carico da parte dei medici specialisti fino al completamento del percorso diagnostico e dell'eventuale follow up.

A tale assetto deve corrispondere una infrastruttura informatica idonea a sorreggere in modo organico le agende di prenotazione che le varie UU.OO. adottano o adotteranno in progress per raggiungere gli obiettivi di presa in carico. A tale proposito a fine 2018 è stata valutata l'opportunità di transitare ad un applicativo unico in quanto a tutt'oggi esistono molteplici applicativi dipartimentali nei territori aziendali che concorrono a rendere complicate le interfacce con il sistema CUP, nonché le manutenzioni ed aggiornamenti necessari alla evoluzione del sistema sanitario. Nel corso del 2019, anche in relazione alle nuove esigenze conseguenti ai temi introdotti dal piano nazionale liste di attesa 2019/2021 e all'emanando piano regionale, l'Azienda assumerà decisioni più stringenti in merito.

Va sottolineato che verso la fine del 2018 l'Azienda della Romagna ha completato l'istituzione di una trentina di percorsi clinici strutturati, con l'individuazione di referenti clinici ed organizzativi, al fine di omogeneizzare ed ottimizzare i percorsi dei pazienti affetti dalle più diffuse patologie all'interno delle strutture dell'azienda; ciò ha avuto riscontro all'interno del processo di budget 2019 che si è tenuto a fine 2018 dando evidenza al suo interno del lavoro dei gruppi di lavoro specifici che interessa anche le modalità di gestione dei pazienti e conseguentemente anche la presa in carico diretta la quale, anche a seconda della complessità della casistica, terrà conto anche dello strumento day service ambulatoriale.

In relazione a quanto sopra si attende un progressivo aumento in futuro delle fattispecie cliniche prese in carico direttamente dai professionisti.

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

Gli indicatori SivER sotto riportati, per quanto concerne **la presa in carico specialistica**, mostrano per l'anno 2018 un + 5,41% di prescrizioni effettuate da specialisti rispetto al 2017 osservando che il dato è sostenuto in particolare dal contributo prescrittivo relativo alle prime visite (+ 10,05% nel 2018 vs 2017) e, quindi, generato da un presa in carico più attinente alla risoluzione del quesito diagnostico e dei relativi approfondimenti.

Meno rilevante è il contributo della prescrizione relativa ai controlli e, su questo tema, anche in relazione al nuovo piano nazionale e regionale tempi di attesa nel 2019, si programmeranno interventi specifici secondo le nuove regole.

	<b>Indicatore</b>	<b>Territorio</b>	<b>Valore - 2016</b>	<b>Valore - 2017</b>	<b>Valore - 2018</b>
<b>Presa in carico da parte dello specialista ambulatoriale</b>	IND0703 - <b>N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista</b> (differenza % rispetto all'anno precedente): > 2017	<b>ROMAGNA</b>	<b>4,51</b>	<b>2,47</b>	<b>5,63</b>
		Emilia-Romagna	18,53	8,95	3,59
	IND0714 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - <b>Prime visite</b> : >2017	<b>ROMAGNA</b>	<b>11,56</b>	<b>5,6</b>	<b>10,19</b>
		Emilia-Romagna	7,64	5,88	5,34
	IND0715 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - <b>Visite di controllo</b> : >2017	<b>ROMAGNA</b>	<b>1,16</b>	<b>0,67</b>	<b>3,66</b>
		Emilia-Romagna	20,19	13,99	4,98

Fonte: SivER – Regione Emilia-Romagna (rilevazione del 23.04.2019)

Invece, in relazione all'obiettivo **Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA . Target >valore 2017**

Il numero delle prenotazioni relative alle visite di controllo è risultato per il 2018 di n. **7.350**, contro un dato del 2017 di n. **6.414**. Pertanto si è registrato un incremento di circa il 14,5% rispetto al 2017 di prenotazioni fatte dallo specialista/struttura che ha in carico il paziente. Il dato si riferisce ad agende inserite nel sistema CUP.

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

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

**Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%). Target  $\geq 80\%$**

L'azienda ha già provveduto ad inserire sulla piattaforma cup WEB tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le prestazioni monitorate.

Nel cupweb esistono già prestazioni ulteriori rispetto a quelle oggetto di monitoraggio, pur non rappresentandone la totalità, e si sta proseguendo in linea con le indicazioni impartite dall'Osservatorio Regionale che hanno come obiettivo di definire un paniere comune di prestazioni a livello regionale. Come avuto modo di riferire in occasione del pre-consuntivo si è raggiunta la percentuale del 93% tarato su di un valore del denominatore condiviso a livello di osservatorio regionale tempi di attesa.

Si è inoltre provveduto all'inserimento nella piattaforma cupweb di note esplicative fruibili dal cittadino qualora le prestazioni osservino modalità di accesso differenziate nei vari territori e/o UU.OO. ed un aggancio al numero verde regionale.

### **2.2. Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa**

L'Azienda Usl della Romagna ha dato attuazione al percorso di sviluppo delle Case della Salute, coerentemente con le Indicazioni regionali (DGR n. 291/2010), e sta realizzando le Linee di Indirizzo previste dalla DGR n. 2128/2016 per mettere in atto elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività e della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e dell'attivazione di percorsi multidisciplinari.

Il numero delle Case della Salute funzionanti è progressivamente incrementato, passando da 15 nel 2014 a 33 nel 2018, di cui il 48% (16) a medio/alta complessità e il 52% (17) a bassa complessità (secondo la classificazione della DGR 2128/2016).

Al fine di accompagnare l'implementazione della DGR 2128/2016 è stato avviato nel febbraio 2018 il Percorso regionale di Formazione Intervento "CaSaLAB – Case della Salute: laboratorio regionale per l'integrazione multiprofessionale" nelle Case della salute di Castel Bolognese, Modigliana, Novafeltria, Rubicone e S. Pietro in Vincoli, conclusosi il 31 gennaio 2019 con la presentazione a livello regionale dei Progetti di miglioramento in una prospettiva di integrazione multi-professionale e multi-disciplinare.

La metodologia formativa applicata è stata quella della formazione di carattere esperienziale con laboratori regionali e locali come "formazione a cascata" finalizzata allo sviluppo di progetti di miglioramento al fine di facilitare l'implementazione della DGR.

I progetti di cambiamento organizzativo elaborati e avviati nelle cinque Case della Salute sono stati rispettivamente:

- **San Pietro in Vincoli** - Diamoci una mano: Intercettare tempestivamente le condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale delle donne in gravidanza, puerperio e neonato nei primi 1.000 giorni di vita.
- **Castel Bolognese** - Miglioramento della gestione del paziente fragile nella continuità ospedale-territorio.
- **Savignano sul Rubicone** - Vivi la salute con stile: percorso di presa in carico integrata del paziente con patologia cronica con coinvolgimento nel team dell'Assistente sociale.
- **Novafeltria** - Orientare i professionisti per accogliere gli utenti.
- **Modigliana** - Coinvolgimento e motivazione delle diverse figure professionali nella gestione integrata della patologia cronica (Diabete di tipo II e scompenso cardiaco ai fini dell'equità di accesso della popolazione della Vallata del Tramazzo).

E' stata istituita una Cabina di Regia aziendale del progetto Casa Lab con la finalità di garantire il coordinamento del percorso formativo regionale e l'interfaccia con i responsabili del progetto regionale che con cadenza trimestrale ha monitorato l'avanzamento del percorso formativo e lo sviluppo dei diversi progetti.

Per il 2019 il percorso si integrerà nell'ambito del progetto aziendale CURA per lo sviluppo professionale degli operatori sanitari.

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

***Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case della Salute attive (Obiettivo: 100% - Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)***

Tutte le Case della Salute che insistono nei Distretti dell'AUSL Romagna hanno nominato il referente organizzativo.

***Numero Case della Salute hub con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case della Salute hub attive (Obiettivo: 100% - Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)***

Sono stati costituiti e attivati i board organizzativo-gestionali in tutte le Case della Salute hub, coerentemente con i criteri omogenei definiti dal tavolo dei Direttori di Distretto nella identificazione dei professionisti da inserire e nelle modalità operative.

Tali board negli ambiti di Forlì Cesena e Ravenna sono stati convocati nel dicembre 2018; sull'ambito di Rimini sono previste le convocazioni per il 2019.

#### ***Attivazione Case della Salute programmate per il 2018***

Non erano previste per il 2018 nuove attivazioni di Case della Salute negli ambiti di Forlì, Cesena e Rimini in cui la programmazione si ritiene completata.

Presso l'ambito di Ravenna il numero delle Case della Salute si è incrementato di 2 unità, passando da 18 (9 hub e 9 spoke) a 20 (9 hub e 11 spoke, con l'implementazione della Casa della Salute di Voltana e Mezzano e alla confluenza della sede di Fusignano alla Casa della Salute di Alfonsine).

E' inoltre in corso di valutazione la possibile attivazione di una Casa della Salute Cittadina nell'ambito di Forlì. Inoltre, sono in programmazione la progettazione della Casa della Salute del Mare "Marina di Ravenna – Lido Adriano" e le valutazioni preliminari per la realizzazione della Casa della Salute presso il territorio di Castiglione di Cervia - Ravenna.

#### ***Realizzazione degli ambulatori infermieristici - garanzia nelle Case della Salute Hub (Obiettivo 2018>2017)***

L'ambulatorio infermieristico della cronicità rappresenta la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico multidisciplinare. In tale ottica, negli ambiti di Forlì, Ravenna e Rimini sono già attivi gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità in tutte le Case della Salute; nell'ambito di Cesena, oltre all'ambulatorio della cronicità già attivo nella Casa della Salute del Rubicone, è stato attivato l'ambulatorio della cronicità nella Casa della Salute Valle Savio (S. Piero in Bagno). Nell'ambito di Rimini, a dicembre 2018 è stato attivato anche l'ambulatorio della cronicità nella Casa della Salute di Bellaria.

Infine, per il Distretto di Ravenna nell'anno 2018 è stato attivato l'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della patologia cronica presso il Nucleo Strutturato R05 Ravenna. Pertanto l'obiettivo di avere incrementato gli ambulatori infermieristici rispetto al 2017 risulta raggiunto.

Nel complesso, come rilevabile dagli indicatori SivER (verifica del 23.04.2019), in Romagna sono stati realizzati gli ambulatori della cronicità nell'84,85% delle Case della Salute attive (obiettivo raggiunto in quanto è stato migliorato il 75,76% nel 2017), a fronte di un dato regionale del 78,1%.

### **GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE**

In ambito aziendale sono stati consolidati, come suddetto, i **percorsi integrati delle patologie croniche** (BPCO, diabete di tipo 2, scompenso cardiaco). L'analisi dei dati evidenzia che in 28 Case della salute su 33 (84,85% vs 78,1% media regionale – Fonte: SivER) sono attivi percorsi della cronicità, con un trend in continua crescita delle prese in carico (2.351 persone prese in carico nel 2014 vs 5.737 nel 2018).

In ambito aziendale è stato consolidato il PDTA della gestione integrata del diabete di tipo 2, nonché i percorsi integrati delle patologie croniche dello scompenso cardiaco e BPCO.

Nell'ambito di Forlì-Cesena si è posta attenzione al percorso di presa in carico integrata della BPCO nelle Case della Salute\NCP, progettando un Corso formativo in due edizioni, realizzate a gennaio/febbraio 2019, sulla gestione integrata della BPCO sul territorio, con il supporto di esperti della RER, degli specialisti pneumologi, infermieri e farmacisti.

Per l'ambito di Ravenna la gestione integrata della BPCO è attiva presso la Casa della Salute di Brisighella dal 2017. Il progetto ha previsto incontri di formazione in aula con la partecipazione dello specialista Pneumologo, MMG ed infermieri. Inoltre, è stata effettuata una formazione sul campo per il personale infermieristico presso il servizio di fisiopatologia respiratoria dell'UO Pneumologia del Presidio Ospedaliero di Lugo per l'acquisizione di competenze all'esecuzione delle spirometrie. E' stata prevista l'attivazione degli ambulatori nei primi mesi dell'anno 2019.

Nell'ambito di Rimini, per la gestione integrata della BPCO, sono stati promossi degli incontri di formazione in aula a Coriano ed a Morciano.

### **PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITÀ\MULTIMORBIDITÀ (Progetto Risk-ER)**

L'Azienda Usl della Romagna sta attuando il Progetto Risk-ER nelle proprie Case della Salute a partire dal 2016, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale della Regione. Sono state valutate le schede individuali con profilo di rischio "alto" e "molto alto" dall'équipe MMG/Infermiere in integrazione, laddove necessario, con l'Assistente Sociale; a seguito dell'analisi congiunta, l'équipe ha poi identificato i principali interventi da applicare alle persone. I Progetti avviati proseguono con la rivalutazione degli interventi, alla luce dei nuovi profili di rischio trasmessi dalla Regione. In ambito aziendale (sono complessivamente 65 i MMG coinvolti) l'équipe medico-infermieristica ha effettuato la valutazione congiunta di 2.842 schede individuali con profilo di rischio "alto" e di 2.010 schede con profilo di rischio "molto alto".

Nell'area di Cesena, la progettualità è stata avviata nel dicembre 2017 nella struttura di Cesenatico (Casa della Salute della Costa), mentre nella Casa della Salute Valle Savio si è effettuato l'incontro con i Referenti Regionali nel mese di settembre 2018 con avvio operativo dell'utilizzo dei Profili di Rischio nel mese di novembre 2018. I MMG coinvolti sono stati rispettivamente 6 e 5.

Nell'area di Forlì, la Casa della Salute di Forlimpopoli è stata - nel 2016 - la sede pilota per l'attivazione degli interventi previsti dal Progetto; tutti i pazienti fragili precedentemente presi in carico nella applicazione dei Profili Risk-ER nell'Ambulatorio della Cronicità sono stati rivalutati nell'anno successivo.

Inoltre, i profili di rischio sono stati applicati nella Casa della Salute di Predappio (completamento nel 2018); nella Casa della Salute di Modigliana si è effettuato l'incontro con i Referenti Regionali, con avvio dell'applicazione nel 2018 ed è in fase di completamento. I MMG partecipanti sono rispettivamente 15 (Forlì), 6 (Predappio) e 5 (Modigliana), per un totale di 26 MMG.

Nell'ambito di Ravenna il percorso è stato avviato nel febbraio 2017 nella Casa della Salute di Russi e nel luglio 2018 nella Casa della Salute di Villanova di Bagnacavallo; i MMG partecipanti sono rispettivamente 11 e 3.

Nell'ambito di Rimini la progettualità è stata avviata nel dicembre 2016 nella Casa della Salute di Santarcangelo e gennaio 2018 nella Casa della Salute Alta Valmarecchia; i MMG coinvolti sono rispettivamente 10 e 4.

### **SISTEMA INFORMATIVO CASE DELLA SALUTE**

Si è provveduto a garantire, nell'ambito di Forlì-Cesena, il periodico aggiornamento dei dati richiesti nella banca dati regionale relativi alle Case della Salute.

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

***Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP): < valore 2017 e Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (Fonte: Profili NCP): > valore 2017***

Relativamente agli indicatori in esame, si è in attesa di ricevere dalla Regione i profili NCP aggiornati al 2018. Ad ogni modo, con i dati reperiti dalla Banca dati SDO circa i ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (DRG - M088) si rileva un importante decremento, passando dai 1.009 DRG specifici del 2017 agli 832 del 2018 (-17,5%).

Inoltre, i dati SivER rilevati dal portale regionale il 23.04.2019 per l'indicatore "Tasso std di ospedalizzazione per BPCO x 100.000 residenti >= 18 anni" evidenziano una performance in miglioramento in quanto il tasso è passato da 97,6 del 2017 a 82,79 del 2018 (il dato regionale tuttavia raggiunge valori ancora migliori, attestandosi a 64,61).

Infine, in tutti gli ambiti territoriali si sono svolti gli incontri di NCP, in stretta collaborazione con la Direzione Assistenza Farmaceutica, sugli aspetti inerenti la terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO favorendo e promuovendo l'appropriatezza terapeutica e l'aderenza diagnostica-terapeutica.

***Ambiti di RA, FC e RN: Rivalutazione del piano assistenziale dei pz fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di Risk-ER relativi al rischio 2018 trasmessi dalla RER***

Nelle Case della Salute coinvolte la rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili presi in carico nel 2017 è stata completata nel corso dell'anno 2018.

***Ambiti di RA, FO e RN: Incremento nell'utilizzo dei profili di rischio (Obiettivo: + 2 CdS vs 2017)***

Nel 2018 è stato incrementato l'utilizzo dei profili di rischio in cinque Case della Salute: Bagnacavallo, Modigliana, Predappio, Novafeltria e Santarcangelo di Romagna.

***Ambito di Cesena: Avvio dell'utilizzo dei profili di rischio con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale (Obiettivo >= 2 CdS)***

Presentato nel 2017 con supporto RER, il progetto è stato attivato nel 2018 nelle Case della Salute Valle Savio e Cesenatico

***Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC) in tutte le case della salute***

Somministrazione dei questionari CaSa Qualità (PACIC e ACIC):

- per l'ambito di Forlì, presso la Casa della Salute di Predappio e i Poliambulatori di Forlì – Viale Oberdan;
- per l'ambito di Cesena, presso la Casa della Salute di Cesenatico e Polimulitorio di Cesena - Via Cavour;
- per l'ambito di Ravenna, presso la Casa della Salute di Alfonsine e il Presidio Socio Sanitario di Fusignano;



- per l'ambito di Rimini, presso le Case della Salute di Valconca e di Santarcangelo e i Polimbulatori di Rimini.

### 2.3. Ospedali di Comunità

L'Azienda USL della Romagna, in accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, ha proseguito nel 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. I nuovi posti letto sono stati individuati prioritariamente nelle strutture dove insistono Case della Salute o sono già presenti condizioni che permettono una presa in carico da parte dei MMG:

**Casa della Salute Rubicone (Savignano):** è stata condivisa con la Direzione Generale la riprogettazione per l'incremento di 6 PL con avvio dei lavori a gennaio 2019.

**Distretto di Faenza:** è stato predisposto il documento di progetto e di organizzazione dell'OsCo di Brisighella, la cui apertura è prevista per l'autunno del 2019, con una disponibilità di 20 posti letto.

Il percorso di accesso all'OsCo segue le modalità previste dalla DGR 221/2015, ossia è regolato secondo valutazione multidimensionale (UVM) 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 PAI con la partecipazione attiva del paziente e del care-giver.

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

##### ***Degenza media in Ospedale di Comunità (Fonte: banca dati SIRCO) – obiettivo $\leq 20$ giorni (DM 70/2015)***

La durata media di degenza negli OsCo della Romagna si attesta su una media di 18,98 giorni (*Flusso Sirco - Fonte SivER: rilevazione del 23.04.2019*) e la percentuale di outlier (degenza oltre le 6 settimane) è in continuo miglioramento, passando da 8,7% del 2015 a 2,8% del 2018. Tuttavia, l'analisi per singola struttura evidenzia la necessità di operare dei correttivi sugli Ospedali di Comunità di Mercato Saraceno, Rubicone e Modigliana in quanto riportano una degenza media per il 2018 superiore al target di 20 giorni. Inoltre, per gli OsCo di Mercato Saraceno e Rubicone tale valore risulta in peggioramento anche rispetto al 2017

##### ***Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale: obiettivo $\geq 90\%$***

La percentuale di ricoveri in OsCo previa valutazione multidimensionale si attesta nel 2018 ad un valore aziendale pari all'62,69% (*Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019*), valore fortemente condizionato dal 13% riscontrato presso la struttura di Modigliana. L'obiettivo pertanto risulta non raggiunto, sebbene la performance romagnola sia superiore alla media regionale vede i ricoveri effettuati previa UVM al 35,85%.

### 2.4. Assistenza protesica

In aderenza al 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" che ha introdotto importanti novità sul versante dell'assistenza protesica, l'azienda USL della Romagna ha predisposto apposito albo aziendale dei medici specialisti prescrittori di protesi, ausili e ortesi pubblicato con delibera del Direttore Generale n° 602 del 29 dicembre 2017. Nel 2018 si è poi proceduto alla verifica che la prescrizione di tali dispositivi avvenisse da medico iscritto a tale albo. Prescrizioni da fuori azienda seguono valutazioni di appropriatezza prescrittiva prima di essere autorizzati all'erogazione. L'aggiornamento del predetto Albo è in carico all'U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari.

## **2.5. Cure palliative**

### **Indicatori e target:**

**Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore – valore standard 45% (Fonte: SivER): obiettivo  $\geq 45\%$**

Nel corso dei primi sei mesi del 2018 (ultimo dato disponibile al 23.04.2019 su InSiDER - Monitoraggio DGR 919/2018) in Ausl della Romagna la percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è al 58% (902/1.554), tuttavia l'analisi distrettuale evidenzia situazioni differenziate con valori inferiori allo standard per i 2 distretti del cesenate (Rubicone: 38,5%; Cesena Valle Savio: 31,1%).

**Formalizzazione delle Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017: evidenza della formalizzazione**

Con riferimento alla DGR 560/2017 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative" (che individua le modalità di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative) e alla DGR 1770/2016 "Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative", l'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro aziendale per la definizione dell'organizzazione dei quattro nodi della rete delle cure palliative aziendali con la declinazione dell'organizzazione infermieristica, sia a livello ospedaliero che territoriale. Inoltre, è stato predisposto un progetto formativo a supporto della riorganizzazione della rete delle cure palliative che è in fase di implementazione in tutti gli ambiti territoriali con un timing definito.

**Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore: obiettivo  $> 5\%$  vs 2017**

L'indicatore al 23.04.2019 risulta ancora in fase di monitoraggio da parte dei servizi regionali competenti. Negli anni precedenti in Ausl Romagna le giornate annue di assistenza a domicilio sono state 20.209 nel 2017 e 21.102 nel 2016, con un trend quindi in lieve peggioramento. Appena disponibili i dati definitivi del 2018 verranno effettuate le opportune valutazioni.

## **2.6. Continuità assistenziale – dimissioni protette**

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera.

La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è stata oggetto di revisione all'interno dell'Azienda per rendere il più possibile omogenei i modelli attualmente in atto nei diversi ambiti territoriali, prevedendo in particolare una regia unica NuCot che garantisca un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera anche attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio e una gestione integrata e multi professionale delle dimissioni protette, anche per ridurre la frammentazione degli interventi.

Il percorso dimissioni protette è in fase di sviluppo con l'informatizzazione del gestionale NuCOT e delle segnalazioni da parte dei reparti ospedalieri attraverso il sistema Log80.

### **Indicatori e target:**

**N. Prese In Carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: SivER - Regione Emilia-Romagna) – target  $\geq 45\%$**

Nel corso del 2018 (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019), le prese in carico in ADI entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera rispetto al totale delle prese in carico avvenute entro 30 giorni dalla dimissione stessa sono state il 19,59%, con valori al di sotto dello standard regionale in tutti i distretti dell'Azienda. Anche il dato complessivo regionale non raggiunge l'obiettivo essendosi consolidato al 21,72%.

Allargando il range, la presa in carico avvenuta entro 3 giorni dalla dimissione sempre rispetto al totale delle prese in carico avvenute entro 30 giorni, porta la percentuale in Ausl Romagna al 38,66% e a livello regionale al 44,18%.

***N. segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: rilevazione campionaria nell'ambito dei controlli sulle cartelle cliniche) – target  $\geq 45\%$***

Allo stato attuale la valutazione di questo indicatore non è ancora disponibile sulle banche dati regionali. Provvisoriamente, a livello locale è possibile analizzare il dato considerando al denominatore il numero totale di dimissioni protette inviate dai reparti al PUA/NuCOT, mentre al numeratore è stato considerato il numero delle dimissioni protette segnalate 3 giorni prima della dimissioni e per le quali è stata attivata la PIC entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera. Con tali dati le performance raggiunte sui diversi ambiti aziendali sono le seguenti:

- Cesena:  $406/646 = 62,7\%$
- Forlì:  $302/411 = 73,5 \%$
- Ravenna:  $1814/2888 = 62\%$
- Rimini  $826/1926 = 43\%$

***2.7. Materno-Infantile – Percorso Nascita***

**STAM**

La valutazione dell'applicazione del protocollo STAM viene attuata attraverso la lettura dei report mensili che vengono messi a disposizione dal sistema informatizzato in uso. Sono analizzati alcuni dati generali (il numero di casi generati, la distribuzione oraria e settimanale dei trasferimenti, l'età materna, l'età gestazionale), dati di processo (cause del trasferimento, farmaci somministrati), nonché dati di esito (dimissione senza parto, ricovero, parto).

I casi critici sono stati analizzati singolarmente tra lo spoke inviante e l'Hub ricevente.

**STEN**

E' stato portato a termine il progetto di STEN unico aziendale proveniente dalla terapia intensiva neonatale di Rimini. La procedura è operativa da ottobre 2018.

Il protocollo utilizza la stessa piattaforma informatica dello STAM e mensilmente sono prodotti report di attività e valutazione dei parametri di attività (motivo del trasporto, tempi registrati per il trasporto, peso medio alla chiamata e alla nascita, età media della madre, esito del trasporto).

**Utilizzo "Scheda scelta del parto"**

La "scheda scelta del parto" è in uso su tutto il territorio.

**Test combinato**

In tutte le sedi è stata implementata l'offerta ambulatoriale di Test Combinato con l'obiettivo di garantire la completa copertura delle richieste provenienti dalle donne seguite dai Consultori pubblici.

**Controllo del dolore nel parto**

Costante attenzione all'utilizzo delle metodiche farmacologiche e non farmacologiche a tutte le donne: i dati registrano un 6,98% di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica per il controllo del dolore.

**Percentuale di parti elettivi in classe IIb e IVb di Robson negli spoke <1000 parti**

L'andamento 2018 è in linea con l'obiettivo regionale: nessuno eseguito in elezione.

### **Presenza di protocolli integrati dimissione madre e bambino**

I protocolli integrati dimissione madre e bambino sono presenti in tutti i territori aziendali, seppur con differenze organizzative dettate dalla logistica e dalla strutturazione dei servizi.

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

#### ***Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP): $\geq 47\%$***

Nel corso dell'anno si è osservata una maggior percentuale di accessi ai consultori familiari rispetto all'anno precedente, nonostante il calo complessivo delle nascite. Risultano in carico ai Consultori il 51,5% delle donne in gravidanza residenti (vs 49,5% del 2017), raggiungendo l'obiettivo previsto di assistere almeno il 47% delle gravide residenti. L'analisi per distretto di residenza non evidenzia situazioni anomale se non una percentuale ferma al 43,5% per il distretto di Faenza. I dati 2018 recuperati il 23.04.2019 da InSiDER – Monitoraggio DGR 919/2018 si riferiscono però al solo 1° semestre, essendo gli ultimi disponibili sul portale della Regione Emilia-Romagna.

#### ***Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP): $\geq 56\%$***

Offerta costante e programmata dei corsi, con attenzione alla prossimità. Il target è stato raggiunto in tutti i distretti dell'Azienda. La percentuale di donne nullipare residenti che ha partecipato ai corsi è del 67,67% (con valori che vanno dal 57,51% del Distretto di Lugo al 75,74% del distretto di Riccione), mentre è del 35,68% quella delle gravide straniere.

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

#### ***Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): HUB<25%; SPOKE<15%***

Il dato aziendale presenta una percentuale di tagli cesarei primari pari al 13,8%. Tutti i punti nascita hub rientrano nell'obiettivo di eseguirne percentuali inferiori al 25%, sebbene con andamenti disomogenei nei diversi ambiti (dal 12,4% dell'Ospedale di Rimini al 19,3% dell'Ospedale di Ravenna).

L'obiettivo è in linea anche per le strutture spoke, che presentano tutte valori inferiori al 15%.

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019

#### ***Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP): HUB<9%; SPOKE<7%***

Risultano in linea con l'obiettivo gli ospedali di Cesena, Rimini e Forlì. Sono in costante monitoraggio le sedi di Ravenna, Faenza e Lugo, che presentano valori leggermente al di sopra del target.

Occorre però considerare che fino a settembre 2018 tutti i cesarei effettuati a Lugo e Faenza sono stati eseguiti in regime di urgenza, come previsto dal protocollo aziendale che non consente la possibilità di effettuare cesarei in elezione in tale sede.

Ad ogni modo il dato complessivo aziendale riporta performance migliori della media regionale (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019): i cesarei nella classe I di Robson negli HUB romagnoli sono stati il 6,63% (dato regionale al 7,46%) e negli spoke il 7,13% (dato regionale 8,67%).

#### ***Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Fonte: banca dati CEDAP): <8%***

L'andamento nei punti nascita senza UTIN dell'Azienda non risulta in linea con l'obiettivo regionale, in quanto i parti avvenuti entro la 27<sup>a</sup> settimana in punti nascita senza UTIN sono il 5,7%, ovvero 2 su 36 (1 a Faenza e 1 a Forlì).

#### ***Percentuale di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita (Fonte: Anagrafica regionale assistiti): $\geq 50\%$***

Il target previsto non è stato raggiunto, essendosi attestato l'indicatore ad una percentuale del 18,9% (con valori che vanno da 7,37% del Distretto di Riccione a 37,4% del Distretto di Faenza). A tal proposito è stata realizzata un'analisi organizzativa dei percorsi in essere ed è stato definito un progetto di miglioramento per il 2019 coordinato dalle

Piattaforme Amministrative al fine di agevolare la rapida scelta del pediatra. La criticità maggiore insiste sulla possibilità di rilasciare rapidamente il codice fiscale senza coinvolgere l'agenzia delle entrate.

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

### **2.7.1. Salute riproduttiva**

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

##### ***Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani***

A livello aziendale l'obiettivo regionale di avere almeno il 7% di accessi di residenti 14-19 anni presso gli Spazi Giovani non è stato raggiunto, attestandosi al 4,72% (Fonte: InSiDER – Monitoraggio DGR 919/2018, dato stimato a 9 mesi). Il dettaglio distrettuale evidenzia che l'obiettivo viene raggiunto solamente nel territorio di Forlì, mentre si riscontrano situazioni maggiormente deficitarie nei distretti di Cesena Valle Savio, Rubicone e Rimini.

##### ***Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti***

L'Azienda Usl della Romagna ha attivato 3 Spazi Giovani Adulti (target 20-34 anni) nei distretti di Forlì, Rubicone e Rimini (Fonte: SICO). E' stato inoltre avviato il progetto regionale sulla contraccezione gratuita per target di popolazione.

##### ***Numero Spazi Giovani nei Distretti***

In tutti i distretti è presente almeno uno spazio giovani, come previsto dalle indicazioni regionali.

### **2.7.2. Percorso IVG**

L'accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) è garantito in tutte le strutture ospedaliere nei termini di legge.

Tuttavia non tutti i punti di erogazione sono in linea con i tempi previsti dagli indicatori regionali.

Per tale ragione è stato avviato un percorso di miglioramento "OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO IVG NEL TERRITORIO DI RAVENNA" mettendo in campo le seguenti azioni:

- pre-ricovero a cadenza settimanale per la preparazione delle pazienti all'intervento;
- 1 seduta settimanale in tutte le tre sedi di erogazione;
- collaborazione delle tre sedi in caso di criticità su una sede;
- offerta attiva e partecipe della IVG farmacologica con accoglienza giornaliera in ospedale (ambulatorio delle urgenze).

I primi risultati saranno evidenti nel corso del prossimo anno.

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

##### ***% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane (obiettivo <=25%)***

il dato aziendale si attesta al 40,31% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) non raggiungendo l'obiettivo e presentando valori estremamente disomogenei nei diversi punti di erogazione dell'intervento (dal 22,9% dell'Ospedale di Forlì, al 51,9% dell'ospedale di Faenza) e sui quali l'attenzione è massima per rimuovere le difficoltà emerse.

##### ***IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (obiettivo >=27%)***

il dato aziendale si attesta al 22,18% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) ed anche in questo caso la performance non raggiunge l'obiettivo prefissato. Il dettaglio evidenzia che solo il distretto di Forlì raggiunge l'obiettivo regionale con un percentuale di IVG mediche che raggiunge il 42%.

### **2.7.3. Procreazione Medicalmente Assistita**

Viene monitorato il tempo di attesa di accesso alla PMA, sia omologa sia eterologa. Il sistema informativo regionale viene correntemente utilizzato. Si effettuano attività di promozione della donazione. I Centri hanno partecipato agli incontri regionali per l'acquisizione dei gameti dall'estero. Si sta perfezionando l'atto amministrativo per la stipula dei contratti con le banche estere. E' stato adottato l'atto amministrativo per la stipula dei contratti con le banche estere.

## **2.8. Contrasto alla violenza di genere**

L'Azienda promuove e sostiene la formazione della rete ospedale-territorio a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

Relativamente agli obiettivi specifici della programmazione 2018 e tenuto conto dell'attivazione del nuovo centro LDV da parte dell'Azienda USL della Romagna avvenuta nel 2017, si evidenzia che nel corso del 2018:

- Il Gruppo di Coordinamento LDV ha provveduto a redigere un primo *Protocollo* di intervento corredato dalle specifiche schede tecniche valutative ed indicazioni di trattamento e a programmare incontri di formazione e supervisione dei professionisti psicologi che si sono realizzati secondo il seguente programma:
  - 3 Giornate di Supervisione con il Dr. Paolo De Pascalis;
  - 4 Giornate formative con operatori esperti di LDV Modena;
  - 1 Giornata formativa con Prof. Marius Rakil a Modena;
  - 1 Giornata seminariale con Prof. Marius Rakil, Prof. De Riù e operatori esperti a Rimini
  - Incontri in Regione di programmazione e monitoraggio con il gruppo di coordinamento.
- Sono state organizzate giornate formative rivolte agli operatori con funzione di Facilitatori ospedalieri (3 giornate formative) e territoriali (3 giornate formative) ed una giornata complessiva come gruppo congiunto. Successivamente sono state implementate le formazioni con ulteriori giornate formative rivolte specificatamente agli operatori dei PS con la partecipazione, oltre che di medici ed infermieri, di psicologi, assistenti sociali e forze dell'ordine:
  - 3 giornate Ambito Territoriale di Rimini (75 partecipanti)
  - 4 giornate Ambito Territoriale di Ravenna (100 partecipanti)
  - 2 giornate nell'Ambito Territoriale di Forlì e Cesena (50 partecipanti)

### **Indicatori e target:**

**Numero di partecipanti che hanno concluso le 20 ore della formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza): obiettivo >70%**

Dato al momento non disponibile

**Numero contatti al centro LDV (Fonte: rendicontazione aziendale): >80 contatti**

i contatti al centro LDV nell'anno 2018 sono stati complessivamente 106 comprensivi di uomini, partners, forze dell'ordine, altri Servizi Sociali o Sanitari, avvocati. A fronte di questi contatti informativi i percorsi di trattamento avviati sono stati 21.

## **2.9. Salute in età pediatrica e adolescenziale**

### **2.9.1. Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**



In continuità con gli anni scorsi, l'Azienda USL della Romagna ha attuato un corso di formazione rivolto ai MMG al fine di proseguire l'attività di conoscenza ed implementazione delle linee di indirizzo regionali sui temi della violenza: violenza di genere, maltrattamento e abuso sui bambini e ragazzi, violenza assistita.

Dopo la pubblicazione della PA 109 "Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento e abuso", è stata adottata in AUSL della Romagna la PA 149 "Presa in carico integrata dei minori a rischio di pregiudizio o danno".

E' in fase di conclusione la procedura aziendale relativa alla valutazione e presa in carico intraospedaliera in pediatria.

E' attivo un gruppo di lavoro aziendale interprofessionale ed interistituzionale per il monitoraggio della adesione alle linee guida e ai quaderni prodotti dalla Regione Emilia Romagna. Alcuni professionisti della Azienda USL della Romagna partecipano ai lavori in corso in Regione per la stesura di due nuovi quaderni, di cui uno sulla prevenzione ed uno sulla valutazione psicologica.

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

**Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso (Fonte: flusso SISAMER): obiettivo  $\geq 80\%$ .** Si specifica che con il termine "trattamento" si intendono la valutazione, il progetto di intervento e il sostegno psicologico condivisi dall'equipe/UVM minori

Nell'ambito aziendale è consolidata la presa in carico integrata fra servizi sociali e sanitari, che interessa oltre l'85% dei percorsi socio sanitari che hanno in carico i bambini e i ragazzi.

Nei diversi ambiti è ampiamente raggiunta la percentuale dei bambini visti dalle UVM.

### **2.9.2. Lotta all'antibioticoresistenza**

#### **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 2018 risulta di 796,67 prescrizioni ogni 1.000 residenti al di sotto dei 14 anni (in ulteriore riduzione rispetto alle 817,8 del 2017), pertanto l'obiettivo previsto appare centrato, sebbene al livello di analisi distrettuale si registrino situazioni con valori fuori target (Distretti di Faenza e Forlì).

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

**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 valore per il 2018 ad un mancato raggiungimento dell'obiettivo a livello aziendale (1,12 vs 1,5 target fissato). L'analisi per territorio risalta le performance sui distretti di Rubicone (2,57), Cesena Valle Savio (2,55), Lugo (2,31). Critiche le situazioni sui distretti di Riccione (0,28), Rimini (0,51) e Forlì (0,8).

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

**Numero di RAD per PLS distribuiti nell'anno (Fonte: rilevazione aziendale):  $\geq 100$  (per PLS con almeno 800 assistiti);  $\geq 50$  per gli altri**

Nel corso del 2018 è proseguita la distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (in media la distribuzione è di 100 RAD per PLS/anno).

**Promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite vincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione ( $> 50$  cartelle anno/pls).**

Avviato l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite.

### **2.9.3. Promozione dell'Allattamento**

Le attività di promozione dell'allattamento sono state garantite su tutto il territorio, sia in ambito territoriale (preparazione al parto, sostegno al domicilio) che in ambito ospedaliero (attaccamento precoce al seno, ambienti dedicati alle madri nutrici). Il personale ostetrico dei consultori e degli ospedali hanno partecipato a diversi corsi di formazione e aggiornamento.

L'Azienda, con nota Prot. n. 0194707 del 30.07.2018 ha individuato e favorito la partecipazione dei referenti per la settimana mondiale dell'allattamento materno svoltasi ad ottobre 2018, in cui numerose sono state le iniziative aziendali, anche in condivisione con altri enti (Comuni, terzo settore).

Infine, sono stati individuati i nominativi dei partecipanti alla II conferenza Nazionale per la protezione, promozione e sostegno all'allattamento organizzata dal Ministero della Salute per la campagna 2019.

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

#### ***Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite (%) (Fonte: flusso AVR): riduzione vs 2017***

Le schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento nel 2018 a livello aziendale sono state il 4,52% (vs 4,53% del 2017 – Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019). Il dettaglio per ambito evidenza situazioni disomogenee:

Ravenna: 4,89% in peggioramento rispetto al 2017 (3,9%);

Forlì: 2,48% in miglioramento rispetto al 2017 (2,9%);

Cesena: 7,54% in forte miglioramento rispetto al 2017 (9,9%);

Rimini: 3,28% in peggioramento rispetto al 2017 (2,7%).

#### ***% allattamento completo a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR) – obiettivo > valore 2017***

% allattamento completo a 3 mesi: 61,81% (in lieve crescita rispetto al 61,57% del 2017).

% allattamento completo a 5 mesi: 47,89% (in lieve diminuzione rispetto al 48,76% del 2017).

#### ***% non allattamento a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR) - obiettivo < valore 2017***

% non allattamento completo a 3 mesi: 19,37% (in lieve diminuzione rispetto al 20,08% del 2017).

% non allattamento completo a 5 mesi: 27,62% (in lieve aumento rispetto al 27% del 2017).

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

L'Azienda opera per favorire l'accesso ai consultori degli adolescenti e giovani, con particolare attenzione a quelli di origine straniera, per sviluppare informazione intorno alle tematiche della prevenzione e del trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, delle diagnosi precoci e del trattamento dell'endometriosi, della consulenza preconcezionale e prenatale, del family planning, come previsto anche nelle schede attuative d'intervento del PSSR 2017-2019.

#### **Indicatore e target**

#### ***Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione target (14-19 anni) (Fonte: Rilevazione annuale del Servizio Assistenza territoriale): Obiettivo >=19%***

Il dato aziendale (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) si assesta nel 2018 al 13,59%, pertanto al di sotto dello standard atteso e anche del valore medio regionale che arriva a 18,23%.

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

Per quanto concerne la Formazione specifica in Medicina Generale, come da prassi, dopo l'avvio formale del corso da parte della Regione e l'invio alla sede formativa della composizione della classe, tutti i medici in formazione vengono convocati presso la sede didattica di Cesena per un incontro informativo sulle

modalità di frequenza, alla presenza del direttore del corso, dei coordinatori delle attività didattiche di natura pratica e seminariale e delle referenti amministrative.

In tale occasione ad ogni medico in formazione vengono attribuiti i tutor di riferimento per le attività pratiche ospedaliere e territoriali e vengono forniti tutti i dettagli circa le modalità di frequenza e la modulistica da utilizzare per la rendicontazione dell'attività svolta.

La necessità di scorrere la graduatoria fino al 12/02/2018 ha comportato un avvio scaglionato del triennio 2017-2020 che, per la sede didattica di Cesena, ha coinciso con le seguenti date: 12/12/2017, 5/02/2018 e 12/02/2018.

Sono stati pertanto organizzati altrettanti incontri coi medici in formazione per consentire ad ognuno di loro il regolare avvio del corso.

Durante tutta la durata del corso lo staff di segreteria garantisce un costante servizio di supporto e assistenza finalizzato a rispondere alle diverse istanze che di volta in volta vengono presentate dai singoli corsisti.

L'attività didattica di natura pratica, sia ospedaliera che territoriale, è stata programmata sulla base del nuovo modello organizzativo che prevede un tutor per ogni area specialistica in ogni ambito territoriale aziendale come di seguito esplicitato:

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 e per meglio monitorare l'andamento della formazione, ad ogni medico in formazione è stata pianificata l'intera attività pratica triennale.

A maggio 2018 è stato organizzato un incontro formativo con tutti i medici iscritti ai tre corsi attivi dal titolo *“Corso di formazione specifica in medicina generale – esperienze e prospettive future”* con l'obiettivo di analizzare il modello organizzativo del corso attraverso l'attività dei Coordinatori delle Attività Pratiche e Seminariale e sulla base delle esperienze dei medici iscritti al corso stesso.

Lo scopo dell'iniziativa è stato quello di valutare la qualità del corso sia sotto il profilo dell'organizzazione sia delle aspettative dei medici che decidono di intraprendere questo percorso formativo e di delineare possibili prospettive future.

Al dibattito che ne è conseguito hanno preso parte attivamente i medici iscritti al corso, che hanno partecipato numerosi, nonché tutte le diverse componenti organizzative che a vario titolo partecipano alla realizzazione del corso stesso.

Gli esiti dell'iniziativa hanno messo in luce anche possibili azioni di miglioramento che saranno oggetto di una più attenta successiva valutazione al fine di rendere l'intero percorso formativo più performante.

In riferimento invece all'attività didattica teorica, l'Azienda ha messo a disposizione gli spazi idonei per lo svolgimento dei corsi ed ha favorito l'utilizzo delle aule adiacenti alla Biblioteca del P.O. M. 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 2018 si è anche proceduto per la messa a regime della rilevazione presenze dei corsisti sul sistema WHR TIME anche per le attività seminariali.

**Indicatore e target:**

***evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese – obiettivo = si***

Documentazione disponibile presso direzione UO Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione - sede di Cesena.

***Relazione sul funzionamento della rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale – obiettivo = si***

Documentazione disponibile presso direzione UO Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione - sede di Cesena.

***mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica***

L'Azienda ha messo a disposizione gli spazi idonei per lo svolgimento dei corsi attraverso l'utilizzo delle aule adiacenti alla Biblioteca del P.O. M. Bufalini e delle aule site nei locali di Piazza L. Sciascia – Cesena.

***documento di sintesi sull'attività seminariale svolta – obiettivo = si***

Documentazione disponibile presso direzione UO Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione - sede di Cesena.

<b>2.11. Salute Mentale, Dipendenze Patologiche</b>
---

<b>2.11.1. Progetto regionale adolescenza</b>
---

In ambito aziendale è stato formalizzato il gruppo di lavoro interistituzionale sull'adolescenza.

Il "Progetto regionale adolescenza" (DGR 590/2013) e le raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" sono declinate in un documento integrato, in cui è stato formalizzato il coordinamento delle attività di diversi Dipartimenti (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Dipartimento Salute Donna Infanzia Adolescenza in primis) e Programmi Aziendali.

A livello aziendale è stato anche rivisto il modello organizzativo degli Spazi Giovani dei diversi ambiti territoriali, al fine di rendere omogeneo il funzionamento dei servizi; è stato redatto un progetto per gli Spazi Giovani Adulti, di nuova istituzione a livello distrettuale.

In connessione con gli Spazi Giovani, servizio a bassa soglia con accesso libero, sono stati identificati due percorsi aziendali ad alta complessità che riguardano i Disturbi del Comportamento Alimentare nella età evolutiva, e i Disturbi correlati alla psicopatologia dell'adolescente. Tali percorsi, completati nel disegno, sono in fase di implementazione.

**Indicatore e target:**

***Numero dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo = 1 per ogni distretto***

In relazione all'obiettivo "Progetto regionale adolescenza" e alle raccomandazioni su "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti", dal 2018 risultano attivi in tutti i Distretti della Romagna gruppi di lavoro sui temi dell'adolescenza, dei quali 3 formalizzati in coordinamenti socio-sanitari distrettuali.

**Numero di équipes funzionali attivate (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo  $\geq 1$**

Risultano attive 2 équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici, negli ambiti di Forlì e Ravenna, con l'apporto di professionisti dei Consultori, dei CSM, della NPIA, dei Servizi per le dipendenze patologiche.

**2.11.2. 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:

- 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;
- 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.

**Indicatore e target:**

**Numero medio di ore settimanali per bambino (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo  $\geq 4$  ore**

Per i bambini della fascia di età 0–6 anni, l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico, condotto da operatori opportunamente formati dal Team ASD, si attesta in due dei quattro ambiti aziendali sulle 3,5 ore settimanali mentre nei restanti siamo al di sotto delle 3 ore settimanali.

L'obiettivo fissato di 4 ore/sett non è stato raggiunto e le criticità rilevate sono relative ad un notevole incremento delle diagnosi nella popolazione 0-6 anni e nella difficoltà nel reperire personale formato per l'intervento educativo domiciliare (in appalto) che ha determinato frequenti cambi del personale con conseguente attesa nella designazione del nuovo operatore.

**Numero rivalutazioni funzionali nei bambini di età  $\geq 16$  anni/numero utenti con ASD nella fascia di età  $\geq 16$  anni (%) (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo =100%**

Le rivalutazioni funzionali degli utenti ASD vengono realizzate al 17° anno di età mentre la presentazione del minore all'équipe avviene al 16°. Pertanto le procedure rendono possibile il 100% delle rivalutazioni.

**Designazione del referente, che dovrà curare l'utilizzo sperimentale del Protocollo diagnostico per adulti (Fonte: rilevazione aziendale): Evidenza designazione ed utilizzo del protocollo**

Nell'ambito del Protocollo Autismo 0-100 si è prevista la designazione del referente clinico, dei referenti di Hub territoriale e Hub ospedaliero e dei referenti dei quattro spoke territoriali.

**2.11.3. Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale**

In coerenza con le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015), che identificano nel Budget di salute lo strumento socio-sanitario integrato a sostegno del progetto di cura personalizzato per le persone affette da disturbi mentali gravi anche al fine di superare o prevenire trattamenti residenziali non appropriati, il DSM-DP dell'Ausl della Romagna ha proseguito nel 2018 con tale progettazione in sinergia con i servizi sociali e nella continua ricerca della collaborazione attiva della rete informale familiare e sociale della persona in cura.

#### **Indicatore e target**

***Evidenza della definizione risorse (Fonte: rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale) - obiettivo = sì***

La rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale viene regolarmente effettuata (con riferimento alla DGR 1110/2017), in accordo con le tempistiche della richiesta regionale. Per il 2018 si sono individuati i Centri di Costo aziendale utili alla definizione del monitoraggio economico complessivo del Budget di Salute aziendale: la quota parte di queste risorse attinte dal fondo regionale ("Autonomia possibile" DGR 1170/2018) ammonta a 1.458.476 euro.

***Nuovi progetti Budget di Salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare Azienda USL e Servizi sociali degli Enti locali/Nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno (Fonte: rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale): obiettivo >=30%***

I progetti Budget di Salute attivati nell'anno 2018 sono evidenziabili nel Flusso Regionale SISIM, nonché nella rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale. Tali progetti comunicati alla Regione hanno tutti una valutazione multidisciplinare Azienda USL e Servizi sociali degli Enti locali. Il DSM-DP della Romagna, infatti, non considera come Budget di Salute i progetti effettuati con modalità diverse. A fronte dei 108 progetti con queste caratteristiche del 2017, nel 2018 ne sono stati realizzati 247 progetti.

#### **2.11.4. Percorso 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 inseriti nel 2018 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 riferimento 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 (Fonte: SMOP - Sistema informativo per il superamento degli OPG): obiettivo 100%***

Relativamente ai progetti terapeutico riabilitativi individuali dei pazienti residenti nella AUSL della Romagna ammessi nelle REMS, la percentuale di quelli predisposti entro 45 giorni dalla ammissione è stata per l'anno 2018 del 100%, avendo individuato specifici operatori referenti. Il dato è al netto dei pazienti inseriti in REMS non conosciuti dai servizi, per i quali il tempo necessario alla predisposizione del progetto individuale ha richiesto una maggior dilazione per configurare un quadro conoscitivo sufficientemente ampio e poter così predisporre la progettualità terapeutica-riabilitativa più appropriata.

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

Nel rispetto delle tempistiche regionali si è attuata la rendicontazione dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati.



A livello aziendale quasi tutte le realtà distrettuali (7 su 8) hanno rispettato l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse FNA per le persone con gravissima disabilità. Non è stato possibile effettuare l'inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, in quanto non sono ancora state rese disponibili le specifiche tecniche Ministeriali per il trasferimento dei dati dal software in uso a livello aziendale.

E' stato attuato in tutti i distretti il monitoraggio della % delle giornate in accoglienza temporanea di sollievo in rapporto alle giornate annue CRA per attestarsi sulla soglia del 2%; l'obiettivo registra un scostamento al ribasso.

Si sono garantiti partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario, oltre ad assicurare il monitoraggio delle case famiglia sino a sei posti letto (garantito l'obiettivo del 100% nel biennio). E' stato impostato nell'Azienda USL della Romagna un programma di controlli sulle strutture integrato fra Dipartimento di Sanità Pubblica, Direzione Infermieristica e Tecnica, Dipartimenti di Cure Primarie e Medicina di Comunità, Distretti e Direzione delle Attività Socio Sanitarie. La necessità di integrazione deriva dall'esigenza di ottenere il massimo grado di copertura delle strutture esistenti, sia accreditate sia non accreditate, sia non soggette ad autorizzazione, con interventi di vigilanza e controllo. Questa modalità operativa ha consentito nel 2018 di aggiornare anche la procedura aziendale n. 50 "Gestione delle attività di Verifica, Monitoraggio e Controllo in Case Residenza e Centri Diurni Anziani".

Il piano dei controlli 2018 dell'Azienda USL è stato illustrato dal Direttore delle attività socio sanitarie nell'ambito dell'incontro di coordinamento degli Uffici di Piano ricompresi nell'Azienda USL della Romagna del 06/03/2018, quale momento di confronto con gli enti locali rispetto ai piani di vigilanza di rispettiva competenza. La vigilanza sui requisiti di salubrità e sicurezza riguarda strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali per anziani e disabili e persone con patologia psichiatrica, nonché comunità per minori, che ospitano soggetti fragili o in difficoltà. Accanto ad attività di vigilanza programmate si sono previsti controlli da eseguire in orari non convenzionali al fine di verificare l'operatività delle strutture in diversi momenti della giornata.

Il tema dei rafforzamento delle iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari anche valorizzando la relazione con i gestori, i MMG di riferimento, le associazioni di volontariato e le famiglie è stato affrontato nell'ambito dell'Ufficio di presidenza della CTSS del 12/06/2018 dove alcuni Sindaci hanno presentato proposte ed è stato oggetto di specifico approfondimento nell'incontro di coordinamento degli Uffici di Piano ricompresi nell'Azienda USL della Romagna del 27/06/2018 nel tentativo di individuare modalità operative di coinvolgimento dei MMG e delle famiglie.

Gli Enti gestori che partecipano al tavolo di monitoraggio delle prestazioni sanitarie si sono resi disponibili a mettere in atto iniziative sul tema nell'incontro del 30/05/2018. La nota regionale PG/2018/0444945 è stata inviata ai medici delle CRA, ai Coordinatori di struttura e ai RAS.

In tutti i distretti sono state avviate attività di sensibilizzazione e/o formazione.

A livello aziendale è stata garantita dai distretti la partecipazione, in collaborazione con gli Enti Locali, alla programmazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA con la definizione e l'attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi" all'interno dei Piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale.

In ogni ambito distrettuale sono stati realizzati interventi formativi finalizzati a qualificare e sostenere il lavoro di cura dei caregiver. Queste iniziative hanno visto il coinvolgimento di operatori sanitari sia ospedalieri che territoriali.

**Indicatori e target:**

***Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali (obiettivo = si)***

La rendicontazione dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati è stata effettuata nel rispetto delle tempistiche regionali.

***Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi: obiettivo  $\geq 50\%$***

L'utilizzo vincolato del 50% delle risorse FNA per le persone con gravissima disabilità è stato garantito da 7 distretti su 8. Si evidenzia che non è stato possibile effettuare l'inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, in quanto non sono ancora state rese disponibili le specifiche tecniche Ministeriali per il trasferimento dei dati dal software in uso a livello aziendale.

***% giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (Fonte: flusso FAR): obiettivo  $\geq 2\%$***

Tutti i distretti hanno proattivamente monitorato la % delle giornate in accoglienza temporanea di sollievo in rapporto alle giornate annue CRA per attestarsi sulla soglia del 2%; l'obiettivo tuttavia non è stato raggiunto sebbene si sia riscontrato un lieve miglioramento rispetto al 2017 (0,98% vs 0,88%, Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019). L'analisi per distretto evidenzia che il target del 2% di giornate in accoglienza temporanea di sollievo è stato raggiunto solo sul distretto del Rubicone.

***Realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione sul tema dell'abuso indirizzate ed aperte a gestori ed addetti (comprese strutture con meno di sei posti) , MMG, associazioni di volontariato, famiglie e caregiver (obiettivo = si)***

In tutti i distretti sono state avviate attività di sensibilizzazione e/o formazione.

***Definizione e attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi" (obiettivo = si)***

E' stata garantita dai distretti la definizione e l'attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi" all'interno dei Piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale.

***Realizzazione iniziative formative sul tema del care-giver rivolte agli operatori sanitari: obiettivo almeno un evento per ciascun distretto***

In ogni ambito distrettuale sono stati realizzati interventi formativi finalizzati a qualificare e sostenere il lavoro di cura dei care-givers

**2.13. Progetto regionale demenza**

In applicazione alla DGR 990/2016, proseguono in Azienda, nei diversi territori, le attività e gli interventi previsti dal Piano Regionale sia all'interno dei CDCD sia in collaborazione con le Associazioni dei familiari, in particolare per quanto riguarda gli interventi a bassa soglia.

E' stato costituito un gruppo di lavoro aziendale avente come obiettivo le modalità di presa in carico della persona affetta da demenza e, in particolare, lo stato di applicazione della DGR 990/2016 nei diversi ambiti aziendali.

La ricognizione effettuata ha consentito di mappare l'offerta aziendale sia per quanto riguarda l'attività erogata dai CDCD che gli interventi effettuati in ambito psicologico. Tali risultati sono stati oggetto di due incontri specifici con le Associazioni dei Familiari presenti nei diversi territori e con la co-progettazione, determinando la realizzazione di un'iniziativa congressuale nel mese di ottobre, che ha consentito di analizzare lo stato di attuazione della DGR 990/2016 e di identificare le linee d'intervento prioritarie in ambito aziendale, fra cui la definizione del Programma Demenze Aziendale e l'attivazione delle procedure per il conferimento dell'incarico di Responsabile. Particolare attenzione e impegno è stato richiesto per la valorizzazione delle attività legate ai servizi a Bassa Soglia che vedono una forte integrazione con l'attività

prestata dalle diverse Associazioni presenti nel territorio aziendale. Nel Distretto di Ravenna hanno presso avvio progetti condivisi con le Amministrazioni Comunali di Ravenna, Cervia e Russi finalizzati alla formazione e sensibilizzazione di operatori delle Forze dell'Ordine, esercenti dei servizi commerciali, operatori dei CAF, ecc... al fine di supportare maggiormente le persone con demenza e le loro famiglie, oltretutto garantire maggiormente il riconoscimento dei segni e dei sintomi della malattia.

**Indicatori e target:**

***Stesura ed Implementazione PDTA demenze a livello locale applicazione PDTA regionale – obiettivo: SI***

Sono state definite le linee organizzative e di attività per l'implementazione del Programma Aziendale sulle Demenze per il quale sono in corso le procedure per il conferimento dell'incarico di Responsabile.

***Tasso di ospedalizzazione ordinario aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Demenza (DRG 429) – Obiettivo: < valore 2017***

Si conferma la riduzione dei ricoveri per il DRG 429 di valore pari al 20,22% rispetto all'anno 2017 (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019).

**2.14. 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:

***Numero nuove persone detenute nell'anno per  $\geq 14$  giorni screenate per HIV/Numero nuovi ingressi nell'anno detenuti per  $\geq 14$  giorni (Fonte: SISPER) – Target:  $\geq 90\%$***

Il target è stato raggiunto presso l'Istituto penitenziario di Rimini, in cui l'adesione al test infettivologico per la ricerca virus HIV è al 90% (323/359). A Ravenna si registra un dato del 86% (186/216), mentre a Forlì del 79% (338/426).

Si evidenzia comunque che a tutti i detenuti nuovi giunti è proposto lo screening infettivo logico:

presso il carcere di Rimini entro decimo giorno dall'ingresso;

presso il Carcere di Forlì a tutti i detenuti nuovi giunti.

***Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici:***

I referti relativi agli esami ematici ritornano direttamente; nel 2019 è prevista l'attivazione della funzione del ritorno anche dei referti radiologici.

***Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Numero totale sezioni (%) (Fonte: rendicontazione Aziendale)***

Carcere di Ravenna: Effettuati nel 2017 e ripresi dal 2019 (ripresa l'attività del promotore a novembre 2018);

Carcere di Rimini: non sono stati attivati gruppi info-educazione alla salute;

Carcere di Forlì: Sono stati attivati gruppi info-educazione alla salute, tenuti con cadenza quindicinale.

**2.15. Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**

**2.15.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018**

***Spesa farmaceutica convenzionata netta 2018***

La spesa farmaceutica convenzionata netta per l'anno 2018 in Ausl Romagna è stata pari a €. 118.140.274; rispetto all'anno 2017 risulta diminuita di €. 1.727.142 (-1,44%). La previsione regionale 2018 per l'Ausl della Romagna era di + 1,5%.

### **Acquisto ospedaliero di farmaci**

La spesa per acquisto ospedaliero di farmaci per l'anno 2018 in Ausl Romagna è stata pari a €. 189.436.753; rispetto all'anno 2017 risulta una crescita di €. 2.195.525 (+1,2%). La previsione regionale 2018 per l'Ausl della Romagna era di + 6,4%.

### **Farmaci innovativi non oncologici**

La spesa per farmaci innovativi non oncologici per l'anno 2018 in Ausl Romagna è stata di €. 11.893.431 (al netto del solo pay back HCV fonte SFT dopo 14° invio) ed è risultata coerente con il Fondo assegnato; si rappresenta comunque la criticità legata al consistente assorbimento del Fondo da parte di un farmaco ad altissimo costo per malattia rara (Nusinersen: 7 pazienti attivati nel 2018).

### **Farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo**

La spesa 2018 in Ausl Romagna per i farmaci Gruppo A è stata di €. 10.585.721, mentre quella del Gruppo B è stata di €. 4.171.590 (fonte SFT dopo 14° invio) in coerenza con il Fondo assegnato.

Per quanto riguarda i farmaci oncologici non innovativi ad alto costo si registra per il 2018 una spesa di €. 36.304.649 (– 1% rispetto alla spesa del 2017).

## **2.15.2. Governo della spesa farmaceutica**

### **Aumento del ricorso a farmaci equivalenti**

In riferimento ai farmaci generici, nel corso del 2018 è stato assegnato specifico obiettivo di incremento sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. Il ricorso ai farmaci equivalenti risulta aumentato a livello aziendale: il dato 2018 risulta 85,74% vs 83,49% del 2017 (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019).

### **Farmaci inibitori della pompa protonica**

Obiettivo di contenimento del consumo territoriale trasversale per tutti i Dipartimenti. Il dato 2018 risulta pari a 50,49 DDD 1.000 ab. pes. die (valore sotto la media regionale pari a 53,5 DDD 1.000 ab. pes. die).

### **Promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO**

E' stato stilato e diffuso il documento aziendale specifico, condiviso sia con gli specialisti ospedalieri che con i MMG (con aggiornamenti periodici del costo terapia/anno per tipologia di farmaco al fine di favorire l'utilizzo dei farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità). Effettuazione di incontri con Pneumologi e MMG in tutti gli Ambiti. La spesa pro capite pesata 2018 è risultata pari a €. 8,51 (obiettivo Accordo MMG <= €. 8,82).

### **Terapie ipolipemizzanti a base di statine:**

Obiettivo di ottimizzazione delle terapie assegnato al Dipartimento Cardiovascolare. Si rileva a consuntivo il rispetto del budget assegnato per gli inibitori della PCSK-9 in tutti gli ambiti territoriali.

### **Farmaci incretinomimetici e gliflozine**

Obiettivo di adesione alle raccomandazioni regionali assegnato ai Dipartimenti Internistici. In assenza del tasso regionale si è monitorata la % DDD di inibitori DPP4, analoghi GLP-1 e gliflozine: nel 2018 si registra un incremento della % DDD gliflozine, farmaci a minor rischio cardiovascolare, dal 10% ai 3 mesi 2018 all'11% ai 12 mesi 2018.

### **Nuovi anticoagulanti orali (NAO)**

Nel 2018 si registra un'incidenza di trattamento con i NAO (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) pari a 4,39 paz. su 1.000 residenti [obiettivo 2,2 paz. su 1.000 residenti (+/- 0,5%)], comunque al di sotto della media regionale (4,57 paz. 1.000 res.).

La % di pazienti trattati con NAO anno 2018 è pari al 47,82% (> rispetto all'anno 2017: 39,48%). Nel corso del 2018 sono stati effettuati diversi incontri con i medici specialisti aziendali e forniti aggiornamenti periodici sui farmaci a miglior rapporto costo-opportunità.

### ***Farmaco sacubitril+valsartan***

Obiettivo di ottimizzazione delle terapie assegnato al Dipartimento Cardiovascolare.

Sforamento rispetto al budget assegnato in tutti gli Ambiti quasi totalmente compensato dal minor utilizzo budget per gli inibitori PCSK-9. Nel corso dell'anno sono stati effettuati diversi incontri con i professionisti coinvolti.

### ***Antibiotici sistemici***

Obiettivo di utilizzo antibiotici in profilassi chirurgica per i Dipartimenti Chirurgici; applicazione del progetto "Antibiotico perché" nelle UU.OO. di degenza internistica con lo scopo di omogeneizzare e razionalizzare le scelte prescrittive all'interno dell'Azienda. A livello territoriale sono stati effettuati incontri con i NCP insieme allo specialista infettivologo che continueranno anche per l'anno 2019, in quanto i consumi risultano ancora elevati in alcuni distretti.

Dato 2018 del consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1000 residenti: 18,4 (obiettivo < 16 DDD\*1.000 ab. die); consumo di fluorochinoloni in donne età 20-59 anni x 1000 residenti: 1,4 (obiettivo < 1,4 DDD/1.000 res).

### ***Farmaci oncologici:***

Sono state adottate le raccomandazioni della Commissione Regionale del Farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Obiettivo assegnato al Dipartimento Oncoematologico, anche attraverso la programmazione di AUDIT clinici specifici (mieloma).

Sono stati condivisi inoltre indicatori di appropriatezza con l'IRST di Meldola per l'Anno 2019.

### ***Allestimenti delle terapie antitumorali***

E' stata consolidata l'attività di drug day già in corso.

### ***Impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe***

Assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolti per l'impiego del biosimilare e/o del rispetto del risultato di gara. Dati 2018 (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) sull'impiego dei biosimilari: Epoietine 88,76% (obv >70%), Etanercept 53,4% (obv >35%), Infliximab 80,68% (obv >45%), Rituximab 96,26% (best performance regionale), Ormone della crescita 49,03% (obv >=35%), Follitropina alfa 15,61% (obv >10%).

Nel 2018 oltre alla diffusione delle Linee di Indirizzo regionali ed al monitoraggio periodico delle scelte terapeutiche, sono stati effettuati anche audit sui farmaci biologici utilizzati nelle Malattie infiammatorie croniche intestinali e sui farmaci biologici utilizzati in reumatologia.

### ***Nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio***

Obiettivo assegnato ai Dipartimenti Internistici; dato 2018 stimato ai 9 mesi 85,39% (ob >=75%).

### ***Farmaci antiretrovirali***

Il gruppo di lavoro locale continua il monitoraggio sul costo medio/DDD in riduzione in tutti gli ambiti (Ravenna anno 2018: 7,3 euro/DDD vs obv <= 7,8 euro/DDD).

### ***Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica***

Monitoraggio periodico dell'andamento dei consumi ed arruolamento pazienti con verifica delle scelte terapeutiche a miglior rapporto costo-opportunità. Spesa 2018 al netto del pay back € 9.672.421 (Fonte SFT 14° invio).

***Farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96***

Obiettivo assegnato alle UU.OO. di Oftalmologia; organizzati incontri specifici con gli specialisti e stilate Linee di indirizzo a cura del Gruppo aziendale "Maculopatie" per individuare criteri più selettivi di eleggibilità dei pazienti. La % di pazienti incidenti per degenerazione maculare con Bevacizumab nel 2018 è risultata pari al 73%, sopra alla media regionale (64%).

***Adesione alle decisioni "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite"***

Non sono pervenute indicazioni regionali nel 2018

***Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla)***

Obiettivo assegnato ai Dipartimenti Internistici sul costo medio/DDD per la sclerosi multipla in 1° linea. Pur con alcune differenze di ambito il costo medio/DDD della Romagna risulta inferiore al costo medio/DDD della Regione (€ 21 contro € 21,60). Attivato monitoraggio specifico sui farmaci utilizzati nel Parkinson.

***Partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali***

Collaborazione con il Controllo di Gestione per il corretto invio dei flussi informativi.

***Adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci***

Partecipazione attiva ai lavori ed agli incontri Intercent-ER

**2.15.3. Rimodulazione canali distributivi – 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 da aprile 2017 a settembre 2018 sono stati 1.268.463.

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

Obiettivo pezzi extraPHT trasferiti dalla Convenzionata Ausl della Romagna n. 576.000: i pezzi trasferiti a settembre 2018 sono stati 1.136.240.

Complessivamente la % di raggiungimento totale pezzi Obiettivo Intesa è stata del 158%.

**2.15.4. Adozione di strumenti di governo clinico**

Periodico aggiornamento e divulgazione del Prontuario Terapeutico di AVR agli operatori sanitari (anche mediante pubblicazione su intranet aziendale).



Costante attività di verifica sulla redazione dei PT sulla piattaforma SOLE.

Attività di verifica sulla chiusura dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA.

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 2018 sono state inserite complessivamente 180 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.

Sensibilizzazione dei prescrittori per la compilazione del DB Oncologico (emerse diverse criticità di compilazione che saranno oggetto di uno specifico incontro previsto ad aprile 2019 con i medici oncologici).

Partecipazione alle attività della Commissione del Farmaco di AVR.

Divulgazione ed implementazione della documentazione inerente la ricognizione/riconciliazione delle terapie, della gestione clinica del farmaco, elenco farmaci LASA.

Partecipazione attiva agli incontri propedeutici all'attivazione della Cartella clinica informatizzata aziendale.

**Indicatore e target:**

**% di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR)**

Risultato 2018 – obiettivo raggiunto: Ausl Romagna 99,64% vs 95,45% Regione (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019).

**N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL x 100.000 abitanti**

Risultato 2018 – obiettivo raggiunto: Ausl Romagna 171,71 vs 100,01 Regione (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019).

**2.15.5. Attività di informazione scientifica nell'ambito del SSR**

Adozione ed implementazione di specifica procedura aziendale sulla informazione scientifica dei medicinali e dei dispositivi medici. Tracciabilità attraverso registri di UU.OO.

Stilata la 1<sup>a</sup> revisione delle procedura e già divulgata.

**2.15.6. Farmacovigilanza**

Proseguimento dei Progetti di Farmacovigilanza attiva e divulgazione della Guida Pratica alla segnalazione Vigifarmaco: nello specifico è stato anche effettuato evento formativo aziendale rivolto agli operatori sanitari. Nel 2018 la % di ADR inserite nella piattaforma Vigifarmaco è risultata pari al 73% (1.303 vs 1.790 totali) contro 48% del 2017 (281 vs 590 totali).

**2.15.7. Dispositivi Medici**

L'azienda Usl della Romagna, in tema di sicurezza dei dispositivi medici, oltre ad aver attivato da maggio 2016 il corso FAD "Sistema di Vigilanza per Dispositivi medici" destinato al personale sanitario che è tutt'ora disponibile, nel corso del 2018 ha organizzato n. 2 corsi in Aula le cui date di svolgimento sono state 29 giugno e 10 ottobre.

**Indicatore e target:**

**Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda (Fonte: rilevazione aziendale):**

**Target:  $\geq 1$  evento**

Effettuati 2 eventi formativi residenziali e 1 evento formativo a distanza

**Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (Fonte: rilevazione aziendale) –**

**Target:  $\geq 50\%$**

Gli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi (nel biennio 2017-2018) sono stati 1.869 (circa il 19% degli operatori sanitari interessati)

## **2.16. Acquisto SSN dei Dispositivi medici**

Diffusione ai professionisti della piattaforma web per l'introduzione di ogni nuovo dispositivo a potenziale innovazione tecnologica ed adesione alla programmazione degli acquisti centralizzati Intercent-ER.

Monitoraggio ed alimentazione del flusso DIME per una maggiore coerenza tra la rendicontazione dei conti economici dedicati ed il flusso stesso.

Collaborazione con il Controllo di Gestione per il miglioramento della rilevazione dei consumi dei DM in particolare per l'assistenza integrativa e protesica.

Partecipazione attiva agli incontri regionali inerenti il percorso per la definizione degli indicatori specifici di spesa e consumo dei DM per una efficace lettura del dato del flusso DIME.

### **Indicatori e target:**

**Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso DIME e conto economico) –**

**Target:  $\geq 95\%$**

Risultato 2018: 94,4%

**Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DIME e conto economico) – Target:  $\geq 25\%$**

Risultato 2018: 45,8%

## **2.17. Attuazione della LR n. 2/2016**

Collaborazione nei procedimenti di revisione delle piante organiche delle farmacie del territorio della Ausl della Romagna attraverso contatti con i singoli Comuni coinvolti.

Tutti i servizi farmaceutici di ambito hanno collaborato con le amministrazioni Comunali nel processo di revisione della Pianta Organica farmacie anno 2018.

**Forlì-Cesena:** 15 Comuni dell'ambito di Forlì e 15 Comuni nell'ambito di Cesena e a conclusione è stato relazionato alla Regione con nota protocollata: Forlì con prot 244709 del 27/09/2018, Cesena con Prot. 244163 del 27/09/2018.

**Ravenna:** è stata inserita in pianta Organica dall'Unione Romagna Faentina nel comune di Castel Bolognese una nuova sede farmaceutica di prelazione del comune.

**Rimini:** tutti i Comuni della Provincia di Rimini hanno provveduto alla conferma o alla revisione della propria pianta Organica delle farmacie; tale procedimento ha comportato la non approvazione di un solo progetto su 25 pervenuti, successivamente ricondotto alla conferma della P.O. preesistente.

Nella P.O. anno 2018 risulta istituita una nuova sede farmaceutica nel Comune di Rimini.

Supporto alla Regione nei procedimenti volti all'istituzione delle farmacie nei luoghi ad alto transito.

Istruttoria dei provvedimenti comunali per le autorizzazioni all'apertura delle nuove farmacie assegnate.

Tutti i servizi farmaceutici di ambito hanno curato l'istruttoria per conto dei Comuni.

Si riportano di seguito le autorizzazioni di nuove aperture.

**Forlì:** "Farmacia Comunale "Punta di Ferro" nel centro commerciale Punta di Ferro autorizzata con aut. n. 109 del Sindaco di Forlì del 30/11/2018.

**Cesena:** Sede farmaceutica n. 28, privata, rurale, denominata S.Vittore, aperta con autorizzazione 1/2018 del 28/05/2018 della Unione dei Comuni Valle del Savio e Sede farmaceutica n. 3, privata, urbana, denominata Farmacia Via Roma, aperta con autorizzazione n. 22226 del Comune di San Mauro Pascoli del 13/12/2018.

**Ravenna:** Farmacia del Levante a seguito di autorizzazione n. 33210 del 22/05/2018 rilasciata dall'Unione Romagna Faentina e Farmacia Reale a seguito di autorizzazione n. 28651 del 21/05/2018 rilasciata dall'Unione dei Comuni della Bassa Romagna.

**Rimini:** Sede Farmaceutica N°41, Privata Urbana, del Comune di Rimini, Farmacia San Martino autorizzazione N°148946 del 25.05.2018 e Sede Farmaceutica N°2, Privata e Urbana, ubicata in Morciano di Romagna, Farmacia Dell'Abbazia autorizzazione N° 91 del 25.05.2018.

Regolare erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali in tempi e modalità congrue secondo le indicazioni regionali.

Con Determinazione AUSL della Romagna N° 4011 del 12.12.2018 si è ottemperato alla erogazione alle Farmacie Rurali dei contributi per l'anno 2018.

Il contributo regionale 2018 di sostegno delle farmacie rurali a basso reddito è stato erogato a n. 16 farmacie a fronte di 24 istanze pervenute, a causa dell'esaurimento delle risorse disponibili come previsto dalla Determinazione della Giunta Regionale E. R. n. 18594 del 14/11/2018, ad oggetto: "Approvazione della graduatoria regionale per l'assegnazione dei contributi alle farmacie rurali di cui all'art. 21, comma 2, della L.R. 2/2016, per l'anno 2018. Attuazione DGR n. 540/2018".

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

##### ***Controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali (Fonte: rilevazione regionale)***

Tutti i servizi farmaceutici di ambito hanno collaborato con le amministrazioni Comunali nel processo di revisione della Pianta Organica delle farmacie

##### ***Effettiva liquidazione entro il 31/12/2018 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art.21 comma 2 LR 2/2016 (Fonte: rilevazione regionale) – Target: SI***

Con Determinazione AUSL della Romagna N° 4011 del 12.12.2018 si è ottemperato alla erogazione alle Farmacie Rurali dei contributi per l'anno 2018.

#### **2.18. Health Literacy**

Facendo seguito a quanto previsto dalla scheda n. 27 "Capirsi fa bene alla salute" (Schede attuative d'intervento in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017) si è provveduto, nell'ambito dell'incontro effettuato con i Presidenti dei CCM dell'azienda USL della Romagna, alla condivisione e realizzazione di un progetto finalizzato a facilitare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie per favorire e mantenere una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini nei processi decisionali legati alle scelte terapeutiche proposte dai sanitari e nell'acquisizione di competenze legate all'adesione agli stili di vita salutari.

Le azioni di sviluppo concordate prevedono di:

- Attivare nei singoli CCM presenti nei Distretti sanitari, modalità organizzative finalizzate alla valutazione preliminare delle schede informative a supporto dell'acquisizione del Consenso Informato;
- costituire un gruppo di lavoro, nominato dal CCM che operi in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per la valutazione del materiale informativo a supporto dell'adozione di comportamenti salutari (fare attività fisica, consumare cibi sani ecc.)

Nei singoli CCM sono state effettivamente condivise le azioni progettuali e si è provveduto alla costituzione di singoli gruppi di lavoro per l'analisi del materiale informativo.

**Indicatori e target:**

***Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale – Target: SI***

E' stato effettuato un incontro con i Presidenti dei CCM dell'Azienda USL della Romagna per la condivisione e realizzazione di un progetto finalizzato a facilitare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie da parte dei cittadini

***Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo – Target: SI***

Un gruppo di lavoro, nominato dal CCM ha realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica la valutazione e produzione di materiale informativo a supporto dell'adozione di comportamenti salutari.

### **3. Assistenza Ospedaliera**

#### **3.1. Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

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

- Tutte le UU.OO. hanno definito i criteri di priorità per l'accesso nel rispetto anche delle indicazioni fornite dalla RER;
- L'Azienda esercita un controllo tramite una apposita struttura centrale sulla attività in S.S.N. e L.P.;
- Le agende di prenotazione ed immissione in lista d'attesa sono gestite mediante procedure informatizzate;
- L'Azienda predispone un piano di committenza annuale verso le strutture private accreditate, anche sulla base dei volumi (numero soggetti-tempi) delle liste d'attesa;
- E' stata elaborata una specifica procedura aziendale (PA 165) che viene gestita da parte degli operatori addetti al servizio di pre-ospedalizzazione in cui viene fornita l'indicazione per la informazione agli utenti nonché il governo delle sospensioni .

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

Il lavoro volto al contenimento dei tempi di attesa ha prodotto i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio nel 2018 (calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO):

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

Nel complesso di questa area di analisi la performance dell'Azienda USL si attesta al 89,9% (86,4% nel 2017) rispetto al dato regionale del 88,2%.

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

Per la protesi d'anca, l'obiettivo risulta raggiunto anche con il contributo del privato; infatti il dato aziendale corrisponde al 96,2% contro la media RER dell'89,4%.

#### ***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 80,4% allineato al dato regionale del 80,7%.

Relativamente agli altri obiettivi di programmazione:

#### ***Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA (Obiettivo: 100%)***

L'Azienda ha implementato in tutte le UU.OO. chirurgiche il flusso informativo SIGLA (tranne per la funzione di cardiologia).

#### ***Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017 (Obiettivo: 90%)***

Tutti gli ambiti territoriali si sono impegnati nell'esaurimento della casistica inserita in lista d'attesa prima del 31 dicembre 2017 entro il mese di dicembre 2018, fornendo al riguardo performance differenti, ovvero andando dal 64% dell'ambito territoriale di Cesena all'89% di quello di Rimini.

#### ***Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione (Obiettivo: 100%)***

Gli obiettivi della DGR 272/2017 sono stati recepiti in una Procedura Aziendale n. 165 "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati" e che è stata introdotta presso tutti i P.O. dell'azienda. Tale procedura prevede al punto

4.6.5 che: “gli infermieri referenti del servizio di pre-ospedalizzazione fanno riferimento ai profili pre-operatori di cui alla Circolare R.E.R. n. 5”.

### **3.2. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**

#### **3.2.1. Appropriata ed utilizzo efficiente risorsa posto letto**

In relazione alle azioni che si rendono necessarie al fine di contenere i tassi di ospedalizzazione dei DRG medici si è realizzata una ridefinizione ed un aumento dei posti letto per cure intermedie all'interno della rete delle strutture territoriali della Romagna, conseguente ad un'analisi delle dotazioni e finalizzata ad ottenere un'offerta il più possibile omogenea sul territorio.

Inoltre, l'Azienda si è dotata di una struttura organizzativa uniforme per gestire e orientare le dimissioni di pazienti fragili e politologici, al fine di prevenire il re-ricovero. Questa struttura, denominata Nucot, è gestita da una componente infermieristica, medica e sociale che a seguito di una richiesta codificata da parte del reparto dimettente orienta il paziente nel setting assistenziale più idoneo in riferimento ai propri bisogni assistenziali (Lungodegenza, Post Acuti, Hospice, CRA). Si è poi avviata un'ulteriore e nuova fase di studio per la realizzazione di una serie di percorsi di Day Service Ambulatoriali uniformi all'interno dell'Azienda, che garantiscano una migliore e appropriata presa in carico del paziente anche direttamente dal P.S.

A tal fine, l'Ausl della Romagna ha attivato il gruppo aziendale “Day Service” costituito da referenti delle Direzioni Medica ed Infermieristica di tutti gli ambiti con il compito di incrementare i percorsi di DSA, soprattutto nelle realtà più carenti, ed omogeneizzare quelli esistenti.

E' stata elaborata una procedura aziendale per l'attivazione di nuovi DSA.

Nel corso dell'anno 2018 è stato attivato in ogni ambito un DSA per la gestione dei follow up delle protesi metallo-metallo, e per le sedi di Lugo e Rimini i DSA per PMA, come da indicazioni RER.

Sono inoltre stati attivati DSA a Cesena per un totale, comprensivo anche dei DSA attivati per indicazione RER di:

- 13 ambito Cesena
- 1 ambito Forlì
- 4 ambito Ravenna
- 4 ambito Rimini

In merito al tema dei controlli sui DRG e sulla documentazione sanitaria, l'azienda si è dotata di una struttura operativa trasversale, mediante l'individuazione dei componenti per ogni ambito e di un responsabile di processo, che si deve occupare della organizzazione e realizzazione delle verifiche sulla documentazione sanitaria sia a carico delle U.O. Ospedaliere che di quelle delle Strutture Private Accreditate. I controlli sono mirati sia alla verifica della corretta compilazione della documentazione, che alla verifica di appropriatezza di utilizzo delle diverse strutture organizzative. E' previsto un periodico ritorno degli esiti dei controlli a tutte le U.O. inoltre sono possibili incontri mirati con singole realtà in caso di situazioni particolari, al fine di correggere gli eventuali comportamenti inappropriati.

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

##### **DRG potenzialmente inappropriati/appropriati (griglia LEA) – Target: <0,19**

Nel 2018 il dato in Romagna si è attestato sul valore di 0,17, pertanto considerando solo l'attività presso le strutture pubbliche il risultato è il linea col target definito (Fonte: Banca dati SDO – Report Controllo di Gestione Ausl Romagna).



Solo strutture pubbliche). Il dato complessivo pubblico e privato desunto da SivER con rilevazione del 23.04.2019, porta invece l'indicatore a 0,22, quindi oltre lo standard atteso.

***N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriately relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG – Target: >=25% vs 2017***

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 perseguimento dell'obiettivo di trasferire in regime ambulatoriale - mediante l'individuazione ed il monitoraggio di specifici percorsi alternativi al ricovero - le 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 088 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.

Il dettaglio evidenza che per nessuno dei DRG specifici è stato raggiunto l'obiettivo di ridurre i ricoveri di almeno il 25% rispetto al 2017, sebbene si riscontri una diminuzione sulla maggior parte delle classi di patologia sotto osservazione:

DRG 008 C – solo strutture pubbliche (-5,8% vs 2017 – 162/172); pubblico + privato (-7,63% vs 2017).

DRG 088 M – solo strutture pubbliche (-17,5% vs 2017 – 832/1.009); pubblico + privato (-11,8% vs 2017).

DRG 158 C – solo strutture pubbliche (-11,3% vs 2017 – 625/705); pubblico + privato (-10,18% vs 2017).

DRG 160 C – solo strutture pubbliche (-4,4% vs 2017 – 237/248); pubblico + privato (-5,22% vs 2017).

DRG 429 M – solo strutture pubbliche (-23,3% vs 2017 – 355/463); pubblico + privato (-20,22% vs 2017).

DRG 503 C – solo strutture pubbliche (-9,1% vs 2017 – 477/525); pubblico + privato (-18,83% vs 2017).

DRG 538 C – solo strutture pubbliche (+1,9% vs 2017 – 637/625). pubblico + privato (-11,7% vs 2017).

Fonte: Banca dati SDO – Report Controllo di Gestione Ausl Romagna. Solo strutture pubbliche.

Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019. Pubblico + privato

***N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 – Target: ≤ 59,1 valore nazionale 2016***

Nel corso del 2018 il tasso di ospedalizzazione per Malattia polmonare cronica ostruttiva in Romagna è diminuito del 12,43% (a fronte di una diminuzione complessiva in Regione del 18,23%), non raggiungendo comunque il target di 59,1 ricoveri per 100.000 residenti (105,9 vs 120,92 del 2017). Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

***N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 – Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 – Target: 27,1 valore nazionale 2016***

Nel corso del 2018 il tasso di ospedalizzazione per Disturbi organici e ritardo mentale in Romagna è diminuito del 19,42% (a fronte di una diminuzione complessiva in Regione del 15,98%), non raggiungendo comunque il target di 27,1 ricoveri per 100.000 residenti (38,6 vs 47,8 del 2017). Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019.

### **3.2.2. Reti di rilievo regionale**

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 particolare, possiamo distinguere due macro-aree di provenienza: percorsi conseguenti a indicazioni nazionali e regionali, ed esigenze emerse dalla valutazione dei bisogni della popolazione locale. Nello specifico, sia a livello ministeriale con il D.M. 70/2015, e con il D.M. 21/2016, sia a livello regionale con le Delibere annuali di Programmazione, sono stati indicati come obiettivi prioritari di salute, interventi clinico-organizzativi per 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.

A livello aziendale, queste indicazioni sono state tradotte nella creazione dei percorsi insufficienza renale cronica avanzata, trapianto del midollo osseo autologo, stroke, dimissioni protette (NUCOT), cure palliative, percorso nascita, autismo, piede diabetico. In campo Oncologico in stretta collaborazione con l'IRCCS/IRST di Meldola nell'ambito del Programma interaziendale AUSL-IRCCS/IRST Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) 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.

Dai primi mesi del 2018 si è proceduto ad 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. 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. Nel caso dei percorsi di anatomia patologica, TAVI, adenotonsillectomia pediatrica, pazienti HCV+ afferenti al SERT, mielolesioni, vulnologia, patologia del pavimento pelvico, patologia funzionale esofagea e disturbo del comportamento alimentare (DCA). L'esigenza aziendale nasce, innanzitutto, dall'analisi di alcune criticità, che richiedono un cambiamento strategico nel percorso organizzativo del paziente, per rendere l'omogeneizzazione dei servizi di cura e pari opportunità di trattamento nel territorio romagnolo. In altri casi, come per esempio per la chirurgia robotica, la decisione di avviare un progetto organizzativo emerge dall'opportunità di implementare e sviluppare una vocazione del territorio specifico in quanto l'obiettivo è quello di utilizzare la tecnologia a livello aziendale con la creazione di equipe uniche tra i diversi ambiti territoriali.

A seguire vengono analizzate le azioni messe in campo specificatamente sul versante delle reti di rilievo regionale.

### **3.2.2.1. Rete dei Centri Senologia**

In Romagna, con oltre 1.100.000 abitanti e circa 1.400 interventi di carcinoma della mammella l'anno in coerenza con il Piano di Riordino Ospedaliero dell'Azienda USL della Romagna e con la delibera regionale di riorganizzazione dei Centri di senologia, sono stati istituiti 3 Centri che tengono conto della prossimità geografica e della casistica:

- 1 presso l'ambito territoriale di Rimini (già esistente e certificato EUSOMA dal 2014) con 391 donne operate/anno, circa 16-20 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Rimini ed una popolazione femminile residente di 175.344 abitanti;
- 1 presso l'ambito territoriale di Forlì-Cesena con 651 donne operate/anno, circa 20-25 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Forlì e una popolazione femminile residente di 203.223 abitanti;
- 1 presso l'ambito territoriale di Ravenna-Lugo-Faenza con circa 329 donne operate/anno, circa 17-20 donne discusse settimanalmente nel meeting multidisciplinare con sede a Faenza e una popolazione femminile residente di 201.387 abitanti.

Nell'ambito del Programma Interaziendale del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) AUSL-IRCCS/IRST è stato istituito il coordinamento interaziendale dei Centri di Senologia con l'obiettivo di rendere omogenei tra i territori i PDTA, i meeting multidisciplinari per la presa in carico pre-post chirurgica, la raccolta dati ed il calcolo degli indicatori, i progetti di ricerca scientifica. L'Azienda partecipa inoltre attivamente al tavolo di lavoro regionale in ambito senologico.

**Indicatori e target:**

**% interventi in centri <150 casi/ anno – Target: 0**

Tutti i tre Centri attivi in Romagna superano la casistica di 150 interventi anno, come rilevabile dal paragrafo precedente. In Romagna la % di interventi in reparti sopra soglia si attesta al 98,55% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019).

**% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa – Target: < 8,26 (media nazionale)**

La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella rientra nell'obiettivo prefissato essendo nel 2018 al 7,86% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019)

Anche i successivi indicatori (seppur non siano ancora disponibili dati definitivi) appaiono in linea con i target assegnati.

**% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico – Target: >=80%**

**% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico – Target: >=90%**

**% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico – Target: >=90%**

**3.2.2.2. Rete Malattie Rare**

I Centri di riferimento per le malattie rare confermati o di nuova individuazione dopo il riordino regionale della rete, sono impegnati a garantire le funzioni ad essi attribuite. I tempi di accesso agli ambulatori autogestiti dai singoli centri in genere sono brevi e certamente compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti. E' disponibile il counselling genetico e psicologico.

Vi è stata un'ampia partecipazione dei professionisti al corso di formazione regionale sull'utilizzo del sistema informatico per le malattie rare tenutosi il 28.06.2018.

Con la riorganizzazione della rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC) il Servizio Trasfusionale di Cesena è stato individuato come centro SPOKE per l'AUSL della Romagna e la rete dei trasfusionisti aziendali (in particolare Ravenna, precedentemente altro spoke) ha previsto sinergie e integrazione dei

percorsi per dar seguito a tale modifica organizzativa che vedrà la migrazione di tutti i pazienti entro l'anno. A Ravenna è stato fatto un incontro con le associazioni del volontariato per spiegare il nuovo percorso ed è stato adottato il modulo informativo da consegnare ai pazienti per il trasferimento ad altro Centro. Il centro di Cesena partecipa attivamente agli incontri regionali per sviluppare il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza.

### **3.2.2.3. Rete per la Terapia del dolore**

Nell'Azienda USL della Romagna si è avviato il percorso di consolidamento della Rete della Terapia del dolore. A tal fine contestualmente al percorso di budget 2018 è stato istituito uno specifico "percorso clinico organizzativo" che ha il compito di ridisegnare la struttura organizzativa della presa in carico dei pazienti con dolore cronico e più in generale il coordinamento delle attività previste nell'ambito dell'Ospedale e Territorio senza dolore.

Da questo lavoro dovrà scaturire anche il nuovo assetto dei COTSD (Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore)

Nel formalizzare il percorso è stato individuato un referente clinico che è affiancato da un referente organizzativo di area Medica ed uno di area Infermieristica. Il lavoro che questo gruppo sta portando avanti è di analizzare le modalità di gestione dei pazienti in essere nelle strutture organizzative delle 4 ex Aziende, conseguentemente di condividere un modello omogeneo per tutta l'azienda. Questo lavoro è condotto in una logica di multidisciplinarietà coinvolgendo tutte le professionalità che intervengono nel percorso di diagnosi e terapia individuato, anche mediante il confronto e la condivisione dei MMG.

I referenti clinici ed organizzativi di questo percorso mantengono anche un continuo confronto con le omologhe organizzazioni Regionali partecipando ai lavori della struttura di coordinamento e monitoraggio della funzione di Terapia del dolore istituita con Determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n° 16688 del 24/10/2017, in attuazione alla DGR n° 967 del 04/07/2011.

Nel corso del 2018 oltre alla rilevazione e definizione degli assetti organizzativi presenti nelle diverse realtà territoriali, dove sono garantite la maggior parte delle attività di terapia antalgica, sono stati altresì condivisi i criteri di arruolamento del paziente idoneo ad impianto di neuro stimolatore midollare. Questa attività viene garantita con modalità di accesso omogenea per tutto il territorio Aziendale, presso l'Ambito territoriale di Ravenna, dove è previsto un ambulatorio e una sala operatoria dedicata a queste tipologie di interventi.

### **Indicatori e target:**

#### ***% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025) – Target: >95%***

Il dato 2018 - desunto da InSiDER – Monitoraggio DGR 919/2018 - evidenzia una percentuale di casi con almeno una rilevazione del dolore in corso del ricovero che si attesta all'85,34%, al di sotto del target atteso. L'analisi per singolo ospedale manifesta dati eterogenei, con le strutture maggiori che in nessun caso raggiungono il target (worst performance aziendale dell'ospedale di Ravenna attestata al 70,2%).

### **3.2.2.4. Rete delle cure palliative pediatriche**

Nell'ambito del progetto Regionale relativo alla Rete delle cure palliative pediatriche, istituito con DGR n° 1898 del 10.12.2012, il Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna, ha istituito un gruppo di coordinamento tecnico-professionale, a cui partecipano 7 professionisti dell'Azienda USL della Romagna.

Inoltre in data 22 maggio 2018 si è tenuto presso la sede di Cesena, un incontro con i professionisti che operano nell'Azienda USL Romagna, e appartenenti alle diverse aree : pediatria ospedaliera, di comunità e di libera scelta, oncoematologia, infermieri ospedalieri e territoriali, NPI ospedaliera e territoriale, anestesia e rianimazione, cure palliative, neonatologia, chirurgia pediatrica. Tale incontro ha avuto lo scopo di sondare le organizzazioni esistenti e analizzare i dati quantitativi. Si è inoltre svolto un incontro con i rappresentanti del suddetto gruppo di coordinamento regionale finalizzato a raccogliere le esperienze della nostra Azienda su questi temi per redigere, con il contributo di tutte le altre Aziende, il documento di Rete Cure Palliative Pediatriche Regionale, di prossima pubblicazione.

Per il prossimo futuro si prevede di inserire all'interno dell'insieme dei percorsi clinici organizzativi che l'Azienda ha istituito, lo specifico gruppo di lavoro delle RCPP per l'implementazione delle indicazioni contenute nel suddetto documento Regionale, in particolare finalizzate al governo delle azioni di integrazione con il costituendo Hospice pediatrico Regionale.

### **3.2.2.5. Reti per le patologie tempo-dipendenti**

In relazione alle reti tempo-dipendenti, alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, alle Aziende è richiesto di garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

#### **IMA**

I centri che effettuano PTCA primarie sono Ravenna, Forlì, Rimini. Nell'ambito di Forlì e Cesena è stato costituito il team unico di emodinamica che opera sulle due sedi ospedaliere, mantenendo l'urgenza presso l'ospedale di Forlì.

E' in fase di attivazione un progetto atto a garantire nella sede di Cesena la risposta in urgenza per alcune tipologie di casi:

- pazienti afferenti al Trauma Center con IMA,
- pazienti sottoposti a ECLS,
- valutazioni di diagnostica angiografica richieste dal protocollo per la donazione di organi,
- pazienti con IMA nel corso di un ricovero ospedaliero.

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

#### **IMA**

Tutte le strutture ospedaliere 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 99,42% nel 2018 (Fonte: SivER - Regione Emilia-Romagna).

#### **PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%)**

La rilevazione evidenzia che in tutti gli ospedali si rispettano 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.

#### **Volumi per Trauma Center (Obiettivo: >= 240 traumi gravi/ anno)**

Nel corso dell'anno 2018 è continuato il trend in incremento delle centralizzazioni totali (primarie e secondarie) che sono passate dal 42% dell'anno 2016 al 47% dell'anno 2017 per arrivare al 54% nel 2018.

Con l'adozione dell'ultima revisione del protocollo di centralizzazione del trauma le centralizzazioni primarie sono state del 52%. I ricoveri per trauma in terapia intensiva nel Trauma Center sono stati 303, superando quindi il target previsto di almeno 240 traumi all'anno.

### **Stroke**

Per lo sviluppo del progetto Stroke sono stati identificati un responsabile organizzativo e un responsabile clinico e costituito un tavolo di lavoro che sta seguendo le azioni di adeguamento negli aspetti per i quali si registra la maggiore variabilità all'interno dell'Azienda.

Nell'anno 2018 l'impegno è stato rivolto ad aumentare la centralizzazione secondaria sul centro HUB di Cesena per l'esecuzione dei trattamenti endovascolari dei pazienti provenienti dai territori di Forlì e Rimini. E' prevista per l'anno 2019 la centralizzazione secondaria dei pazienti provenienti dal territorio di Ravenna ora inviati all'Hub di Ferrara.

Al fine di migliorare la % dei transiti in stroke unit (obiettivo >75%) si è già provveduto a potenziare la rete stroke:

- attivazione della guardia attiva H24 di neuroradiologia diagnostica;
- attivazione guardia neurologica H24 nell'Hub di Cesena;
- avvio della tele refertazione;
- ampliamento dotazione posti letto neurologia/stroke (+ 4 PL).

### **Indicatore e target:**

#### **% transiti in stroke unit – Target: >75%**

A fine 2018 la % dei transiti in stroke unit è stata del 56,13% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019), non in obiettivo e con performance inferiore rispetto la media regionale del 58,24%.

#### **% dei casi di riabilitazione post ictus in reparto di Riabilitazione Intensiva Cod. 056 (obiettivo >12%)**

Nel 2018 è stata del 6,29% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019). La riabilitazione dei pazienti con ictus viene effettuata anche nel regime estensivo nelle lungodegenze Cod. 60; tale tipologia di degenza è ben identificata all'interno dei posti letto di lungodegenza post-acute e dedicata ai pazienti provenienti dalla neurologia. Molto utilizzato è anche il percorso riabilitativo ambulatoriale e al domicilio del paziente in relazione alle necessità assistenziali.

Gli ulteriori indicatori relativi alla rete Stroke di centralizzazione primaria, trombolisi e.v., procedure endovascolari, dalle rilevazioni effettuate (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019) risultano in linea con il target atteso. Nel dettaglio:

**% di casi di stroke con centralizzazione primaria: Obiettivo > 80% - Romagna = 83,8%**

**% trombolisi e.v.: Obiettivo > 12% - Romagna = 18,71%**

**% intra-arteriosa: Obiettivo > 3 % - Romagna = 7,39%**

### **3.2.2.6. Centri di riferimento regionali**

Questa Azienda partecipa a tutte le attività ed al rispetto dei percorsi definiti per i Centri di riferimento regionali.

A seguito dell'individuazione dell'HUB regionale sulle **Malattie infiammatorie intestinali**, nel corso del 2018, lo stesso ha effettuato alcuni incontri con le UU.OO. di gastroenterologia, chirurgia e pediatria. I lavori non sono ancora conclusi ma la relazione e la collaborazione con il centro di riferimento è comunque stata operativa nei fatti.

Tra i progetti innovativi del Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza vi è la definizione del PDTA in oggetto e prevede l'integrazione tra il percorso del bambino e quello dell'adulto.



Diversi professionisti dell'Ausl della Romagna hanno partecipato alla definizione delle Linee Guida regionali relative al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le pazienti affette da **Endometriosi**. Presso la Ginecologia di Rimini (dott. Balducci) vi sarà uno degli Hub di primo livello per la diagnosi e cura della malattia, mentre è già operativo, come previsto dalla bozza del PDTA, l'ambulatorio dedicato.

I neurologi dell'Azienda hanno partecipato ai lavori del tavolo regionale **Epilessia**. I pediatri e neuropsichiatri infantili discutono i casi candidabili all'intervento in meeting multidisciplinari con il centro HUB regionale, anche se ancora l'attività chirurgica pediatrica viene inviata fuori regione.

Il Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna (DGR 1945/2017) prevede la definizione di un programma regionale **Mesotelioma** di assistenza informativa e sorveglianza sanitaria rivolto ai lavoratori ex esposti ad amianto da attuare attraverso l'istituzione di ambulatori di medicina del lavoro in tutti i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL regionali.

Nel corso del 2018 è stato avviato un tavolo di lavoro ospedale – territorio (dipartimento oncematologico, medicina del lavoro) per la definizione dei percorsi aziendali. Il tavolo, in base a successivi accordi, ha tra l'altro concordato le modalità operative relative alla trasmissione dei casi di mesotelioma accertati dall'ospedale (UU.OO. Anatomia Patologica) alle UU.OO di medicina del lavoro dei quattro territori della Romagna, al fine di consentire le valutazioni di competenza, di tipo medico legale e giudiziario.

Il protocollo di assistenza informativa e sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto prevede:

- un primo livello di controllo generale;
- un secondo livello di controllo mirato;
- controlli periodici.

L'ambulatorio, afferente all'U.O. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro già attivo nel territorio di Ravenna sarà attivato presso gli altri ambiti territoriali della Romagna nel corso dell'anno 2019.

Tali ambulatori sono dedicati alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto e hanno il compito di definire l'entità della esposizione pregressa dei lavoratori e di gestire il percorso di assistenza sanitaria sia nella fase preventiva che in quella diagnostico-terapeutica e medico-legale per le patologie che possono essere correlate con l'esposizione lavorativa all'amianto.

Sul fronte ospedaliero sono operativi degli ambulatori di presa in carico dei pazienti con sospetto mesotelioma, nel più vasto capitolo dei tumori toracici presso le UU.OO/Servizi di Pneumologia:

Ambulatorio delle malattie della pleura a Forlì

Ambulatorio dei tumori toracici/polmonari a Rimini, Ravenna e Cesena

Questi ambulatori dedicati consentono una rapida presa in carico dei casi sospetti, con percorsi rapidi di accesso alla diagnostica specifica in regime di DSA o Day Hospital.

### **3.2.3. Emergenza Ospedaliera**

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

#### **Indicatori Rilevazione algoritmo NEDOCS (Obiettivo: 100%)**

A fronte di numerosi incontri volti a definire in maniera congiunta e condivisa i criteri del NEDOCS si è giunti all'implementazione dell'algoritmo in tutti i sistemi operativi dei Pronti Soccorsi dell'AUSL della Romagna, calcolando in modo uniforme i posti letto disponibili per l'urgenza. Tutti i sistemi operativi permettono di visionare l'andamento grafico del fenomeno "affollamento del PS" con un monitoraggio

orario costante, tranne il PS di Rimini. Tale differenza sarà superata tramite l'implementazione del nuovo - e unico - sistema informativo dei PS della Romagna, in cui è già prevista la visualizzazione del NEDOCS. In tutti i PS comunque i sistemi informatici pur diversi sono già stati adeguati alla rilevazione del NEDOCS ed all'invio al flusso regionale, insieme al flag del boarding.

***Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS (Obiettivo: 100%)***

Si ribadisce la presenza in tutti gli ospedali del Bed Management e del cingolo ospedaliero dei posti letto, con le relative soluzioni organizzative in caso di iperafflusso e in risposta ai picchi invernali/influenzali. Oltre alla possibilità di effettuare gli appoggi e di ridurre i ricoveri programmati durante i periodi critici dell'anno (quale il picco influenzale invernale), nei quattro ospedali maggiori si sono incrementati in maniera stabile i posti letto di degenza internistica, i cosiddetti "reparti polmone" (10 pl a Ravenna, 11 pl a Forlì, 10 pl a Rimini), che hanno permesso di affrontare adeguatamente la stagione invernale 2018/2019. Inoltre sono stati effettuati ricoveri "borderline" in tutti i reparti.

***Tempo di permanenza in PS < mediana 2017 per stabilimento***

I dati relativi 2017 vs 2018 dimostrano una tendenziale riduzione dei tempi di permanenza richiesti dalla regione, sia per pazienti ricoverati (entro 8 ore) che per pazienti dimessi (entro 6 ore). Il nuovo sistema informatico consente di calcolare in maniera univoca e precisa sia i tempi di attesa che di permanenza.

Sugli Ospedali di maggiori dimensioni ha inciso l'epidemiologia influenzale dei primi 3 mesi, con un incremento di accessi e quindi dei tempi di permanenza e di boarding. I correttivi messi in atto nel 2018 riguardano la rilevazione dei tempi di processo di Laboratorio, Radiologia e Consulenze che incidono fortemente sui tempi di permanenza dei pazienti in PS. Ad ogni modo, i tempi mediani di permanenza su base annua per i codici gialli e rossi si sono ridotti in tutti i PS.

***Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici (obiettivo: >= di 2 percorsi)***

Sull'ambito di Rimini e di Ravenna è stato attivato il protocollo NUCOT per il coordinamento delle dimissioni/trasferimenti dai reparti per acuti ai reparti di Lungodegenza (ospedalieri e del privato accreditato), PostAcuzie e CRA territoriali.

Sono in implementazione i percorsi da PS (e MMG) per le patologie croniche: Anemia cronica, Demenza, Diverticolosi, BPCO, scompenso cardiaco. Si svilupperanno i percorsi di presa in carico per le principali patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco) nelle Case della Salute e si inizierà in via sperimentale in alcuni Nuclei di Cure Primarie strutturati, con la presenza continuativa del Medico di Medicina Generale nelle 10 ore diurne anche la presa in carico integrata (Medico di Medicina Generale – Infermiere) dei pazienti diabetici assistiti del Nucleo. Sono in implementazione alcuni Day Service per pazienti provenienti dal MMG o dal Pronto Soccorso con l'obiettivo di deospedalizzare i pazienti cronici.

**3.2.4. Centrali Operative e 118**

***Obiettivo per Aziende USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma: % degli infermieri di ogni Centrale 118 che effettua almeno 2 turni/anno presso almeno una Centrale Operativa non sede della propria unità operativa. Target >= 25%***

Per questo obiettivo si conferma la pianificazione dell'interscambio.

***Obiettivo per Azienda USL di Bologna, AUSL Romagna e AOU Parma, capofila per la messa a disposizione del personale sanitario: Garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno. Target Si***

L'obiettivo è confermato in quanto continua la collaborazione con la presenza del personale dell'AUSL della Romagna presso la base di Bologna per l'elisoccorso notturno.

**Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale: % di verifiche sul campo dei corsi BLS erogati da soggetti accreditati. Target 5%**

Obiettivo da raggiungere con la disponibilità di personale, o meglio ore per personale, in fasce orarie non convenzionali, in quanto i corsi accreditati di BLS per il personale laico si svolgono molto frequentemente in orari serali. Da riunione svolta in data 12 settembre 2018 in Assessorato Regione ER cui ha partecipato il Direttore del 118 aziendale è emerso che si stanno ancora definendo le tabelle di controllo in base a quella che sarà la nuova procedura di accreditamento per i vari centri, che avverrà non prima di novembre 2018.

**Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende sede di Centrale operativa 118: % di defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato. Target 100%**

Obiettivo in fase di realizzazione, si dovrà completare entro il 2018. Si sta procedendo alla realizzazione compatibilmente con le disponibilità delle ore/personale individuato.

Si conferma che l'Azienda USL della Romagna continua anche nel 2018 ad effettuare iniziative formative volte all'omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

### 3.2.5. Attività Trasfusionale

Anche per l'anno 2018 è stata garantita l'autosufficienza Regionale di sangue ed emocomponenti. Dall'Ausl Romagna sono state conferite al Centro Regionale Sangue 7.154 unità (+2.076 rispetto al 2017 che in valore economico rappresentano +451.061 euro). L'Azienda ha inoltre garantito la partecipazione a tutti i gruppi di lavoro attivati dalla Regione E-R. ed ha attivato il Centro MEC come da programma regionale.

**Indicatori e target:**

**Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività**

L'andamento del delta 2017 vs 2018 dei dati di utilizzo clinico degli emocomponenti viene verificato trimestralmente e discusso in sede di CoBUS.

**Definizione entro Dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016**

Nel 2018 sono state attivate le convenzioni di cui era pervenuta richiesta relative all'utilizzo di emocomponenti per uso non trasfusionale come da DGR 865/2016. Cesena: convenzione con Poliambulatorio Giano; Ravenna: convenzione con Ravenna 33 e polo sanitario Santa Teresa.

**Adozione di un programma di PBM**

Nel 2018 è stato costituito il gruppo di lavoro aziendale PBM che ha proceduto con la definizione e pubblicazione delle Procedure Aziendali 194 "PATIENT BLOOD MANAGEMENT - 1° PILASTRO - Gestione dell'anemia nel preoperatorio rev. 0" e 196 "PATIENT BLOOD MANAGEMENT - 3° PILASTRO - Gestione dell'anemia nel post operatorio rev. 0". E' in fase di pubblicazione la procedura aziendale 195 "PATIENT BLOOD MANAGEMENT - 2° PILASTRO".

### 3.2.6. Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

**Indicatori e target:**

**Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende**

Durante l'incontro bilaterale svoltosi presso il CRT in data 6 marzo 2018 sono state consegnate le relazioni sull'attività relativa al procurement svolta durante l'anno e il monitoraggio del percorso "neuroleso" da parte dei Coordinatori Locali dei singoli ambiti.

Il documento relativo alla composizione dell'Ufficio di Coordinamento Locale è stato trasmesso al CRT nel 2018.

**Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)**

Il numero di cornee da prelevare per l'anno 2018, pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente è stato definito durante l'incontro del 6 marzo 2018 presso il CRT. Ogni ambito ha raggiunto l'obiettivo numerico assegnato dal CRT ad esclusione del Presidio di Ravenna che comunque si è avvicinato al raggiungimento dello stesso in termini di volumi.

**Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni) in relazione alle indicazioni CRT\_ER per ciascuna azienda**

Il numero di donatori multi-tessuto per l'anno 2018 è stato definito durante l'incontro del 6 marzo 2018 presso il CRT. Ogni Coordinatore Locale di ambito e ogni Direzione Medica di Presidio è stato debitamente informato del risultato da raggiungere. Gli ambiti di Cesena e Lugo hanno eseguito prelievi multi-tessuto, mentre l'ambito di Forlì ha inviato un paziente a Cesena per un prelievo cuore fermo, altrimenti esitabile in un prelievo multi-tessuto

**Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente**

La distribuzione dei fondi 2017 al personale interessato è avvenuta nel mese di ottobre 2018.

**Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale**

Il programma regionale vede capofila (ovvero a disposizione di altri professionisti interessati a sviluppare il progetto) l'Ospedale Bufalini di Cesena (attraverso l'U.O. Rianimazione) quale promotore di un processo teso al progressivo coinvolgimento delle Aziende che in Emilia Romagna, per caratteristiche strutturali ed organizzative, potranno in tempi brevi attivare il medesimo programma. La U.O. Rianimazione di Cesena sta svolgendo il suo ruolo di capofila RER e Romagna ed è già attiva una proficua collaborazione con l'ambito di Forlì

**3.2.7. Volumi ed esiti**

L'azienda prosegue la valutazione dell'andamento delle performance aziendali in maniera regolare e sistematica mediante un'analisi puntuale che monitora l'andamento degli indicatori raccolti in varie piattaforme di riferimento nazionale, regionale e aziendale (SivER, griglia LEA, BERSAGLIO, PNE, Piano Performance, DM70), al fine di attivare tempestivamente gli eventuali correttivi utili al mantenimento delle performance.

**Indicatori e target:**

**Colecistectomie: > 100 interventi/anno per struttura**

In tutte le strutture ospedaliere aziendali deputate viene garantito il numero minimo di 100 colecistectomie. Nel 2018 il dato Aziendale è attestato a 95,62% di interventi in reparti sopra soglia.

**Colecistectomia laparoscopica: >75% di casi con degenza postoperatoria inferiore o uguale a 3gg**

La rilevazione dell'attività del 2018 mostra un allineamento di quasi tutte le strutture aziendali ben al di sopra del 75% con una media aziendale dell'89,54%.

**Frattura di femore: almeno 75 interventi/anno**

Nel 2018 in tutte le strutture ospedaliere aziendali deputate viene garantito il numero minimo di 75 interventi/anno. Il dato Aziendale è attestato a 99,25% di interventi in reparti sopra soglia.

**Frattura del collo del femore: >70% operati entro 48 ore dal momento del ricovero**

In Romagna, lo standard è garantito da quasi tutte le strutture, con una percentuale aziendale del 74,92%. I dati di attività del 2018 mostrano tuttavia un leggero scostamento dal target nei presidi di Rimini (67,38%) e di Riccione (63,96%). In generale, per quanto riguarda i volumi, in tutte le strutture sono ampiamente garantiti i livelli minimi di adeguatezza.

**Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare**

E' in fase di monitoraggio.

**3.3. Screening oftalmologico neonatale**

Lo screening oftalmologico mediante test del riflesso rosso neonatale è stato attivato in tutti i punti nascita dell'Azienda. Sono stati effettuati incontri formativi a partire dal 2017 che hanno coinvolto pediatri/neonatology ospedalieri, pediatri di libera scelta e oculisti

**3.4. Sicurezza delle cure**

Il debito informativo previsto dalla L. 24 del 8 marzo 2017 è stato assolto nei termini previsti così come la rendicontazione regionale del Piano Programma Sicurezza delle Cure.

Nell'anno 2018 è proseguito il consolidamento del flusso SSCL collegato alla scheda di dimissione ospedaliera con apprezzabili miglioramenti della completezza del debito informativo correlati alla progressiva informatizzazione del percorso chirurgico, all'attività del Team multidisciplinare dedicato e alle attività formative effettuate. E' stato inoltre attivato un percorso di sperimentazione della SSCL per il taglio cesareo in tutte le UU.OO di ostetricia e ginecologia dell'Azienda. Sono stati completati i progetti regionali OssERvare e Vi.Si.T.A.RE, i cui risultati sono stati presentati nel corso rispettivamente di seminari ed incontri dedicati. E' stata garantita l'adesione al monitoraggio Agenas delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed è stato assicurato l'assolvimento dei flussi informativi relativi agli eventi sentinella (SIMES) e incident reporting nonché l'implementazione del piano aziendale di prevenzione delle cadute e relativa attività formativa. Il progetto aziendale "sorveglianza near miss ostetrici e mortalità materna", già attivato nel 2017, è proseguito anche nel 2018, in particolare nel corso di due incontri (4 maggio-18 luglio) sono stati analizzati i casi significativi segnalati dalla Commissione Nascita utilizzando lo strumento SEA. Nel corso del 2018 è stato attivato un gruppo di lavoro che ha elaborato la procedura aziendale "Gestione Clinica dei Farmaci", recentemente pubblicata. L'utilizzo del braccialetto per l'identificazione del paziente è diffuso in tutte le UU.OO di degenza e Pronto Soccorso.; con la progressiva implementazione della cartella clinica informatizzata è stata altresì progressivamente e coerentemente diffusa l'adozione del braccialetto informatizzato nelle UU.OO. di degenza.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 14 corsi formativi ,per complessive 41 edizioni, aventi come tema la gestione del governo clinico, risk management, comunicazione nella relazione di cura. In particolare 2 corsi, per un totale di 5 edizioni , hanno riguardato il sistema di segnalazione incident reporting ; mentre 4 corsi , per un totale di 14 edizioni , hanno riguardato anche gli strumenti di analisi degli eventi e quasi-eventi.

L'AUSL della Romagna ha aderito all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day", attraverso la presenza di operatori e distribuzione di materiale informativo nei principali presidi ospedalieri, dando altresì evidenza pubblica all'iniziativa.

Le attività previste dal Piano Aziendale di Prevenzione delle cadute sono proseguite nel corso del 2018 secondo la programmazione ivi contenuta (le evidenze sono contenute nella relazione di rendicontazione dedicata). Con particolare riferimento all'attività formativa questa Azienda ha deciso di effettuare una formazione "blended" per cui, oltre al corso FAD, sono stati realizzati 9 seminari multidisciplinari –cui hanno partecipato 490 professionisti– durante i quali medico, infermiere e fisioterapista hanno illustrato le indicazioni riportate nelle linee d'indirizzo regionali e nella procedura aziendale. Infine, in ciascun ambito territoriale è stata attivata la formazione sul campo realizzata direttamente nelle Unità Operative mediche e chirurgiche da parte di professionisti esperti, debitamente formati sul tema e sull'implementazione del percorso di prevenzione delle cadute su cartella clinica informatizzata.

**Indicatori e target:**

***Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto***

La relazione annuale consuntiva sugli incidenti prevista dalla L. 24/2017 è stata pubblicata sul sito aziendale nelle tempistiche e secondo le indicazioni regionali.

***Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019***

Il report di attuazione delle attività previste dal PPSC con aggiornamento delle attività previste per il 2019 è stato redatto ed inviato alla Regione.

***Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017 – Target: evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017***

Sono state individuate 5 UU.OO. non segnalanti nel 2017 che hanno partecipato alle attività formative e che nel corso del 2018 hanno iniziato a partecipare al sistema IR con 14 segnalazioni complessive.

***copertura SDO su procedure AHRQ4 – Target:  $\geq 90\%$***

La copertura SDO su procedure AHRQ4 per l'anno 2018 stimato ai 9 mesi (ultimo dato disponibile al 23.04.2019 su InSiDER - Monitoraggio DGR 919/2018) è pari al 94,93%.

***linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 – Target:  $\geq 75\%$***

Il linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 per l'anno 2018 stimato ai 9 mesi (ultimo dato disponibile al 23.04.2019 su InSiDER - Monitoraggio DGR 919/2018) è pari al 72,7%.

***Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento***

Sono state ripetute le osservazioni in sala operatoria relativamente al progetto OssERvare e i risultati sono stati presentati nel corso di un seminario.

***Adozione braccialetto identificativo – Target:  $\geq 95\%$  Unità Operative di degenza***

Il braccialetto identificativo è utilizzato nel 100% delle UU.OO. di degenza.

***evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia – Target: 100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni***



Sono stati effettuati Significant Event Audit (SEA) strutturati nel 100% dei casi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali

***effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica – Target: almeno 1 Unità operativa***

Le visite per la sicurezza sono state completate nelle UU.OO. già individuate nel corso del 2017 ed è stata verificata tra le altre anche la raccomandazione relativa alla gestione della terapia farmacologica.

***Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD – Target: Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari di suddette aree***

Agli eventi formativi (FAD, di aula, sul campo) sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale in area di degenza medica e chirurgica hanno partecipato almeno il 50% degli operatori sanitari.

### **3.5. Accredimento**

In preparazione alla presentazione della domanda di accreditamento, con tutti i direttori delle UU.OO. aziendali interessate, sono stati rivisti i requisiti specifici applicabili e ogni direttore di Unità Operativa ha compilato, con il supporto degli operatori dell'UO Qualità e Governo Clinico per tutte le sedi operative, l'autovalutazione sul possesso dei requisiti specifici e per ciascuna criticità sono state evidenziate le eventuali azioni compensative messe in campo.

Al fine di procedere alla presentazione della domanda di accreditamento è stata poi compilata la scheda di struttura, comprensiva di discipline e codici per tutte le sedi aziendali.

E' stato redatto il Manuale Qualità Aziendale e la Relazione ex post.

E' stata predisposta la dichiarazione di possesso dei requisiti specifici vigenti.

#### **Indicatori e target**

***Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accredimento (31.07.2018)***

La domanda di accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017 è stata inviata in RER nei tempi previsti con prot. 0135170 del 29/05/2018.

***Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione) – Target: 100%***

Con la domanda è stata inviata, come richiesto, l'autovalutazione sul possesso del 100% dei requisiti generali.

### **3.6. Lesioni da pressione**

Rispetto agli obiettivi 2018, in seguito alla diffusione delle Linee di indirizzo Regionali, inerenti la prevenzione delle lesioni da pressione, è stata predisposta la procedura trasversale P 03 "Prevenzione delle lesioni da pressione". Inoltre, nel rispetto delle modalità e dei tempi indicati dalla Regione è stato realizzato un Audit clinico assistenziale al Tempo 0 nelle UU.OO. pilota identificate, in tutti gli ambiti di Ausl della Romagna, per un totale di 4 UU.OO. Mediche e di 2 UU.OO. Chirurgiche coinvolte.

Sono già state definite le date per la formazione dopo il Tempo 0, con un pacchetto formativo predisposto dalla Regione, nelle UU.OO. pilota identificate, che precederà l'Audit al Tempo 1.

I dati dell'audit al Tempo 0 sono in fase di elaborazione statistica da parte della Regione.

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

***Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione***

Nel corso del 2018 è stata definita la procedura trasversale P 03 “Prevenzione delle lesioni da pressione”.

***Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali) – Target: Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico***

E' stato realizzato un Audit clinico assistenziale nelle UU.OO. previste dall'obiettivo regionale (4 di area medica e 2 in ambito chirurgico).

#### **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 2018 dell'Azienda USL della Romagna rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende Sanitarie dalla DGR n. 919/2018: l'utile di esercizio è pari a € 57.643.

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 919/2018, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2018 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale a settembre 2018. Di tale verifica, congiuntamente all'informativa sul Bilancio Economico Preventivo 2018, adottato con delibera n. 210 del 31/05/2018 e approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1248 del 30/07/2018, 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 2018 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 -5,81 giorni a fronte dei + 1,79 giorni del 2017, +6,8 giorni del 2016, + 12,65 giorni del 2015 e + 20 giorni registrati nel 2014.

Si è inoltre provveduto ad inviare trimestralmente le tabelle riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali.

Relativamente all'avvio del SIOPE+ l'Azienda ha rispettato l'avvio previsto per il 1° ottobre 2018.

##### **4.1.2. Il miglioramento del sistema informativo contabile**

Nel corso del 2018 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;
- 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 trimestrali.

L'Azienda si è inoltre impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del proprio bilancio anche in funzione del consolidamento dei dati regionali.

Nel corso del 2018 è stata assicurata, nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche 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 effettuando le quadrature contabili indispensabili per il consolidamento dei dati regionali.

#### **4.1.3. Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci**

Nel corso di tutto l'anno 2018 è proseguito l'impegno dell'Azienda nelle azioni volte all'implementazione e al perfezionamento del Percorso Attuativo della Certificabilità, così come definito dal livello regionale.

Con il supporto dell'Auditing Interno, i Responsabili delle Aree ed attività aziendali, in conformità al DM 1/3/2013 contenente le Regole comuni e gli Standard organizzativi, contabili e procedurali, nonché alle indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali di cui alla DGR 1562/2017, hanno provveduto:

- a completare la redazione di quelle procedure ancora mancanti, a seguito dell'avvicendamento avutosi nella direzione di alcune strutture complesse, in particolare il Settore Farmaceutico e la Libera Professione;
- ad effettuare la revisione di buona parte delle procedure esistenti al fine di adeguarle al mutato contesto organizzativo che sempre più si sta uniformando, passando dai precedenti quattro ambiti operativi ad un unico livello aziendale con modalità uniformi su tutto il territorio afferente all'Azienda;
- a operare la verifica delle attività descritte nei vari cicli e processi, sia attivi che passivi, e dei controlli individuati nelle procedure medesime, per garantirne la funzionalità allo scopo perseguito e conservando, altresì, l'evidenza dei controlli effettuati ai fini della loro tracciabilità.

L'Auditing Interno, essendo in una fase iniziale di start-up, non ha ancora avviato l'attività vera e propria di audit sulle procedure e i processi aziendali, necessitando della formazione specialistica sulle tecniche e gli standard professionali della professione di Internal Auditor come definiti dagli IPPF – *International Professional Practices Framework*. Tale formazione, che nell'ottica degli standard viene definita come un "controllo direzionale preventivo" in quanto previene che una attività sia svolta senza la necessaria competenza specialistica, è stata avviata a fine 2018 e sarà implementata nel corso dell'anno 2019 arrivando a definire gli elementi fondamentali, quali il Mandato della Funzione, il Piano delle Attività, la mappatura dei rischi, il reporting da effettuare, al fine di raggiungere l'obiettivo di creare valore aggiunto assistendo l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi con un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di *Corporate Governance*.

Pertanto, in questa prima fase di applicazione e verifica delle procedure amministrativo-contabili, l'Auditing ha fornito ai Responsabili delle procedure PAC, apposite schede di verifica, quale strumento a loro disposizione per monitorare le attività di controllo previste nelle procedure medesime, ed utilizzate altresì dall'Auditing quale strumento di autocertificazione del lavoro da loro svolto, per fornire supporto alla Direzione nella verifica del raggiungimento degli Obiettivi PAC fissati dalla programmazione regionale e aziendale.

L'Azienda, tramite l'Auditing e avvalendosi di personale interno, ha promosso e realizzato nel mese di novembre un evento formativo rivolto ai propri dipendenti e finalizzato:

- a richiamare l'importanza sia della corretta e puntuale applicazione delle attività di controllo previste nelle procedure amministrativo-contabili, che di un'adeguata formalizzazione ed evidenza delle stesse al fine di consentirne la tracciabilità;

- a fornire, congiuntamente con l'UO Bilancio, sia gli elementi base di contabilità generale, che gli strumenti e i costrutti del software gestionale di contabilità generale del ciclo passivo NFS da utilizzare, con particolare riferimento alle operazioni ed ai controlli propedeutici alla chiusura del bilancio d'esercizio, al fine di raggiungere il più elevato grado di precisione possibile nella rilevazione dei fatti gestionali. In tale evento formativo, sono altresì state illustrate le novità introdotte dalla Legge Regionale n.9 del 16 luglio 2018, e richiamati i principi contabili propri del settore sanitario di cui al Titolo II del D.Lgs. 118/2011.

Il percorso di perfezionamento e affinamento del sistema si sta inoltre realizzando anche grazie all'avvenuto passaggio negli ultimi due anni, dai precedenti quattro software gestionali di contabilità agli attuali due: AREAS, sul quale è confluito il ciclo attivo, ed NFS sul quale sono confluiti il ciclo passivo e la gestione dei beni ammortizzabili.

Inoltre, la Dirigenza aziendale insieme ai propri collaboratori, avendo analizzato e descritto in maniera dettagliata le fasi dei processi operativi propri dell'attività svolta, ed avendoli uniformati il più possibile su tutto il territorio aziendale, dovrebbe essere in grado, al momento del passaggio al GAAC previsto per il 2019, di avvantaggiarsi di questo lavoro di analisi e verifica già svolto e attuato nel corso di questi anni. L'esperienza fino a qui maturata dovrebbe, infatti, consentire di poter effettuare il passaggio al nuovo software adattando le attività svolte e già assimilate, alle nuove modalità operative che il GAAC offrirà per tenere monitorate le principali attività ed i controlli previsti, al fine di garantire lo scopo che si vuole raggiungere con le procedure redatte nell'ambito del PAC, ovvero la correttezza del dato contabile, nonché la capacità di prevenire e correggere eventuali possibili errori nella rilevazione dei fatti aziendali, anche mediante la segregazione delle funzioni.

Nel corso dell'anno 2018 è continuata, contestualmente, anche l'attività di regolamentazione di alcune materie rientranti nel campo dei requisiti generali, e unificazione della disciplina di quelle per le quali valevano ancora le previgenti regolamentazioni di ambito territoriale ex Ausl, materie che hanno richiesto particolare analisi e lavoro di sintesi per giungere ad una disciplina uniforme su tutto il territorio aziendale. Per alcune materie per le quali occorre, altresì, la concertazione con le organizzazioni sindacali (esempio: trasferte dei dipendenti, accesso alle mense aziendali, criteri di riparto delle tariffe della Libera Professione) è in corso tale fase, per cui si prevede di poter giungere alla loro definizione in maniera uniforme nel corso dell'anno 2019.

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 tipologia di accantonamento specifica, descrivendone i criteri sia per l'accantonamento che per il relativo utilizzo. Tale integrazione all'interno delle specifiche procedure è stata attuata nel corso del 2018, mentre per le restanti tipologie di Fondi presenti in Azienda si è provveduto alla definizione con autonoma procedura, principalmente a cura dell'UO Bilancio. Ad oggi, non è stato possibile integrare e/o redigere la parte relativa all'accantonamento previsto dall'art. 113 del D.Lgs. 50/2016 Codice dei contratti pubblici, in quanto è in via di definizione il coordinamento regionale, ritenuto fondamentale e opportuno in questa fase di prima applicazione della normativa.

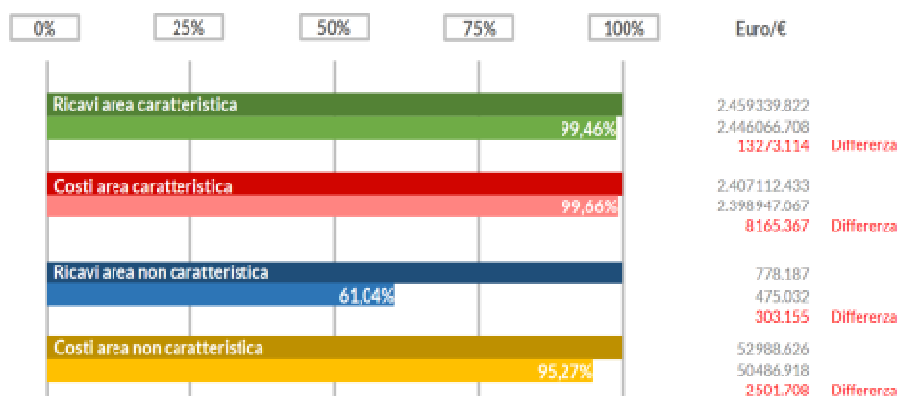
Utile a fornire il quadro rappresentativo della situazione aziendale con cui è stata data attuazione al Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie, fino ad oggi realizzato con l'adozione e applicazione delle procedure amministrativo-contabili previste dalle Linee Guida Regionali di cui alla DGR 1562 del 16/10/2017 e suddivise per Aree tematiche, si presentano di seguito la figura 1 e figura 2.

Figura 1: Procedure e Regolamenti suddivisi per Aree tematiche – per un totale di nr.124



Figura 2: Conto Economico del Bilancio d'esercizio 2017 e copertura valori con procedure PAC

## Bilancio d'Esercizio 2017 - Valori coperti da procedure PAC



A seguito dell'approvazione della Legge Regionale nr. 9 del 16.07.2018, l'Azienda prevede la partecipazione dei propri collaboratori dell'Auditing Interno alle riunioni e incontri che il Nucleo Audit Regionale, una volta attivato, metterà in programma, al fine di dare impulso, raccordo e coordinamento alle Funzioni Aziendali, così come previsto dall'art. 3 ter della LR 29/2004 che ha istituito il Sistema di Audit interno come Funzione Aziendale presente in ciascuna azienda regionale e coordinato dal Nucleo Audit regionale.

L'Azienda aderirà, altresì, inviando i propri collaboratori alle varie attività formative che verranno organizzate a livello regionale, al fine di sviluppare le competenze e professionalità esistenti, nonché di condividere, in un miglioramento continuo quale benchmarking, l'esperienza fino ad ora maturata.

### **Indicatorie e target:**

#### ***Istituzione Sistema di Audit (Target: raggiungimento 100% adempimenti).***

Nel 2018 si è 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.

In continuità con l'esercizio 2017, nel 2018 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 assicurata al tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione e il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del GAAC;
- è stata garantita la partecipazione costante e attiva ai gruppi e ai tavoli di lavoro oltre che la partecipazione al tavolo strategico GAAC;
- viene assicurata l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC;
- l'Azienda si impegna inoltre ad assicurare le attività richieste dalla Regione e dal tavolo GAAC ai fini dell'avvio dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Per quanto riguarda la dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi l'Azienda ha partecipato alla sperimentazione sull'emissione degli ordini in formato elettronico, assicurando la collaborazione con IntercentER.

In relazione all'emissione dell'ordine di acquisto sia per i beni che per i servizi quale strumento di controllo interno del rispetto del budget l'Azienda si è attivata attraverso l'emissione di Bolle di Servizio anticipate che precedono la ricezione della fattura e consentono il controllo tempestivo della spesa e dei limiti contrattuali.

#### **4.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

##### **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 l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi***

Con riferimento all'indicatore 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 Intercent-ER né di Consip, e il mercato elettronico regionale e solo in misura residuale quello di CONSIP, per le procedure sotto soglia comunitaria. Tale comportamento ha condotto nell'esercizio

2017, ad un incremento del livello di centralizzazione degli acquisti risultando complessivamente pari al 97,54% del totale effettuato nell'anno, di cui con soggetti aggregatori il 50,43%.

La rilevazione puntuale sull'esercizio 2018 è in fase di completamento, tuttavia i dati a disposizione evidenziano anche per questo anno il pieno raggiungimento del target.

***Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2018 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2018 per le medesime categorie***

Anche per questo indicatore si può affermare che nell'anno 2018 vi è stata una tempestiva adesione al 100% delle convenzioni relative a antisettici e disinfettanti, pubblicate nel corso del mese di marzo, e parimenti una adesione al 100% delle convenzioni relative a farmaci, mantenendo a livello aziendale solo gli acquisti di prodotti relativi a lotti non aggiudicati/ deserti o, nel caso di farmaci, a contratti ponte in attesa della pubblicazione di nuove convenzioni Intercent-ER. Infine i fattori produttivi energia elettrica e gas sono stati acquisiti al 100% su convenzioni Intercent-ER.

***Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario***

In relazione all'indicatore "Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario" nell'anno 2018 tutte le procedure di gara soprasoglia sono state espletate utilizzando la piattaforma di e-procurement denominata SATER messa a disposizione dall'Agenzia Intercent-ER.

***Indizione di almeno 30 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 30 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 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.***

Gli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER sono stati superiori all'80% degli ordini emessi attraverso il software NFS.

#### **4.3. Il Governo delle risorse umane**

Dal 2018 lo strumento di programmazione dei fabbisogni di personale è rappresentato dal Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) previsto dall'articolo 6 ter del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato e integrato dall'articolo 17 D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 (decreto Madia); tali disposizioni modificano la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni da parte delle pubbliche amministrazioni, collegando in particolare l'organizzazione e la disciplina degli uffici non più alla dotazione organica ma al PTFP, da adottarsi con cadenza annuale e che rappresenta lo strumento programmatico gestionale, di natura dinamica, nell'ambito del budget di spesa definito, di previsione dei fabbisogni di risorse umane, sotto il profilo qualitativo e quantitativo.

Il PTFP 2018/2020 è stato adottato dall'Ausl Romagna sulla base delle predette disposizioni nonché di quanto previsto dal Decreto 8 maggio 2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica

amministrazione (pubblicato in GU 27 luglio 2018), che approva le *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* e della DGR n. 1412 del 3.9.2018 ad oggetto *“Adozione Piani triennali dei fabbisogni delle aziende e degli enti del SSN ai sensi dell’articolo 6 del D.Lgs 165/2001 e delle linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche approvate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con il decreto 8 maggio 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 2018. Approvazione della disciplina regionale in materia”*, nonché, infine delle *“indicazioni operative per la redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) da parte delle aziende ed enti del SSR della Regione Emilia Romagna”* trasmesse con la nota della Regione Emilia Romagna prot. n. 569580 del 7 settembre 2018. Il PTFP 2018/2020 è stato redatto in coerenza con la cornice finanziaria per il SSN e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale ed è stato oggetto di preventiva informativa sindacale - cui è seguito uno specifico incontro di illustrazione. In seguito all’approvazione regionale (nota della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna, PG/2018/665774 del 05.11.2018) il PTFP 2018/2020 dell’Ausl Romagna è stato adottato con deliberazione n. 440 del 30.11.2018

Il suddetto PTFP tiene conto delle azioni che hanno caratterizzato l’anno 2018 volte alla completa copertura del turn over, con particolare attenzione ai profili dei ruoli sanitari e tecnico assistenziali e all’implementazione delle relative dotazioni per garantire il rispetto degli standard assistenziali, delle disposizioni della Legge 161/2014, della riduzione delle liste d’attesa.

Il numero complessivo dei dipendenti è passato nel 2018 da 15.066 unità (presenti al 31.12.2017) a 15.302 unità (presenti al 31.12.2018).

Per quanto attiene in particolare l’assegnazione di nuovi incarichi di direzione di strutture complesse, la programmazione delle relative selezioni ha tenuto conto di quanto definito, in coerenza con gli standard di cui al D.M. 70/2015, nei documenti aziendali di riassetto organizzativo. Nel 2018 sono stati assegnati 19 nuovi incarichi di direzione di SC sanitarie e 2 incarichi di direzione di distretto e precisamente: *Nefrologia Rimini, CSM Ravenna, NPIA Ravenna, Chirurgia Generale e d’Urgenza Cesena, Geriatria Rimini, Ostetricia Ginecologia Cesena, Oculistica Rimini, Chirurgia Generale Senologica Forlì, Cure Primarie Ravenna Faenza Lugo, Cardiologia Cesena, Ortopedia e Traumatologia Forlì, Distretto di Rimini, Distretto di Forlì, PS Medicina d’Urgenza Cesena, Oculistica Forlì, Ortopedia Rimini, Malattie Infettive Rimini, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Forlì-Cesena, Medicina Interna Cesena-Cesenatico, Farmacia Territoriale Aziendale, Farmacia Ospedaliera Rimini*. Ulteriori procedure selettive concluse hanno portato all’assegnazione dei relativi incarichi nei primi mesi del 2019 (*ORL Rimini, Cardiologia Ravenna-Faenza-Lugo, Geriatria Forlì, PS Riccione, Centrale Operativa Romagna*).

Particolarmente rilevanti sono state le azioni di stabilizzazione del personale precario.

In continuità con le azioni già poste in essere in applicazione della DGR 1735/2014, degli specifici protocolli regionali in materia, della programmazione delle assunzioni definita per gli anni 2016 e 2017, nel 2018 è stata data applicazione a quanto previsto dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75, in particolare dall’articolo 20 *“superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni”* e dai Protocolli regionali di definizione degli obiettivi e delle prime indicazioni in merito all’applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui al D.Lgs. n. 75/2017, per il triennio 2018/2020, presso le aziende e gli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna (personale della dirigenza medica e sanitaria non medica del SSR) sottoscritti

da Regione Emilia Romagna e dalle Organizzazioni Sindacali del comparto (sottoscritto il 28 dicembre 2017) e della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria (RPI/2018/249 del 01/06/2018).

Tali azioni hanno portato nell'anno 2018, alla stabilizzazione (ai sensi dell'articolo 20 comma 1, del D.LGS 75/2017) di oltre 270 postazioni del comparto e oltre 80 per la dirigenza medica e sanitaria.

Ulteriori stabilizzazioni potranno essere attivate entro il 31.12.2020, termine di conclusione del processo di stabilizzazione.

Oltre all'applicazioni delle disposizioni del citato D.Lgs. 75/2017, la stabilizzazione del personale precario e il consolidamento degli organici sono avvenuti attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento (concorsi pubblici e selezioni dai centri per l'impiego) che hanno consentito a ulteriori figure di essere assunte a tempo indeterminato, ove utilmente collocate nelle relative graduatorie e nel rispetto delle vigenti disposizioni normative in materia.

Complessivamente le figure che sono passate, nel corso del 2018, da rapporto di lavoro a tempo determinato a rapporto di lavoro a tempo indeterminato sono oltre 500.

Al fine di consentire quanto sopra indicato, nel 2018 sono state effettuate tutte le necessarie procedure di reclutamento (avvisi pubblici per stabilizzazioni "Madaia", mobilità ex articolo 30 del D.Lgs. 165/2001, concorsi pubblici, avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato, procedure selettive dal collocamento) per un totale di oltre 180 procedure indette nel corso dell'anno, tra cui i concorsi pubblici per infermiere e per OSS, entrambi in corso di conclusione nei primi mesi del 2019.

Quanto al settore dell'emergenza urgenza, resta problematico il reclutamento di medici da destinare alle UU.OO. PS e Medicina d'Urgenza aziendali, per le quali - nonostante ripetute procedure selettive per la costituzione di rapporti di lavoro dipendente, il ricorso alle graduatorie per l'emergenza sanitaria territoriale, l'assegnazioni, ove possibile stanti le analoghe difficoltà nelle dotazioni mediche a livello aziendale, di figure dipendenti in servizio in altre strutture- continua ad essere necessario attivare rapporti di lavoro autonomo al fine di garantire il supporto alle attività cliniche ed evitare soluzioni di continuità nell'erogazione dell'assistenza in emergenza-urgenza. Ciò nelle more della conclusione di sempre nuove procedure selettive per la costituzione di rapporti di lavoro dipendente, che vengono periodicamente emesse.

### **Indicatori e target**

Rispetto agli obiettivi di programmazione regionale, 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.

In riferimento alla tematica della valutazione l'Azienda ha adottato con deliberazione n. 480 del 28.12.2018 il Piano di avvicinamento al modello a tendere, che rappresenta le azioni previste in ordine ai singoli punti indicati dall'OIV-SSR.

In riferimento allo sviluppo di linee comuni sulle politiche del personale e sull'interpretazione della normativa l'Azienda ha sempre attivamente partecipato ai tavoli regionali con i propri referenti per le materie di interesse. Ciò in particolare in merito ai gruppi di lavoro (Giuridico, Economico e Assenze/Presenze) finalizzati all'applicazione del CCNL del Comparto 21.05.2018. In tali ultimi gruppi sono state affrontate anche le singole implementazioni a livello di procedura informatica GRU.

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 nelle relazioni con l'RTI finalizzate alla risoluzione delle diverse problematiche. In data 2 agosto 2018 l'Azienda USL ha sottoscritto il collaudo finale della piattaforma applicativa per la realizzazione del sistema unitario informatizzato di cui trattasi con l'RTI e il DEC.

Rispetto alle relazioni con le Organizzazioni Sindacali, oltre a quanto già detto circa i processi di superamento del precariato, si conferma che nel corso del 2018 è proseguito il percorso di omogeneizzazione dei vari istituti, giuridici ed economici, finalizzato al superamento dei contratti integrativi aziendali e degli accordi decentrati delle preesistenti Aziende Sanitarie di Cesena, Forlì, Rimini e Ravenna ai sensi delle disposizioni di cui alla Legge Regionale n. 22 del 21.11.2013, istitutiva dell'Azienda USL della Romagna.

Anche nell'anno 2018 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 il Regolamento incarichi dirigenziali Area Medica e Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie, l'Accordo integrativo in merito alla retribuzione di posizione e di risultato delle predette aree dirigenziali, l'Accordo integrativo in merito alla valorizzazione professionale ed economica del personale del Comparto attraverso l'istituto delle Progressioni Economiche Orizzontali (PEO 2018) ed altri. A seguire sono state avviate le trattative, concluse nel 2019, in merito al regolamento sulla nuova disciplina introdotta dal CCNL Comparto del 21/5/2018 in tema di incarichi di funzione (superamento PO e Coordinamenti) e relativo finanziamento nonché in tema di applicazione del predetto CCNL sulle indennità per particolari condizioni di lavoro (artt. 86 e 87 CCNL Comparto 2018).

L'esercizio 2018 si è chiuso con una spesa per il personale pari a complessivi Euro 728.035.140 con un incremento rispetto al preventivo del 2,02%. Tale incremento è legato all'applicazione del CCNL relativo al personale del comparto – triennio 2016-2018 - sottoscritto il 21.05.2018, alle assunzioni a fronte della programmazione dei fabbisogni di cui al più sopra menzionato Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), nonché al costo dell'INAIL. La proroga dal 16 febbraio 2019 al 16 maggio 2019 dei termini per la denuncia delle retribuzioni e per il pagamento del premio in autoliquidazione 2018-2019, disposta dalla Legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), ha comportato infatti la contabilizzazione a bilancio di un onere per INAIL calcolato sulla base di tariffe provvisorie che non tengono conto dei benefici in termini di risparmio sul premio che solitamente risultano in sede di autoliquidazione a seguito dell'unificazione delle posizioni assicurative territoriali (PAT) nonché dell'andamento degli infortuni.

#### **4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

L'Azienda ha predisposto un piano di smaltimento dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma Regionale gestione diretta dei sinistri. Sono stati quindi rivalutati tutti i sinistri assicurativi pendenti ed attivi rispetto ad eventuali vertenze giudiziarie aperte - considerando lo stato del giudizio in corso - e rispetto alle valutazioni medico legali, considerando altresì il tempo intercorso dall'ultima comunicazione ricevuta da controparte (inviata nota in Regione in atti Prot. 0166442 del 29.06.2018).

Successivamente si è proceduto ad un ulteriore approfondimento di ogni singola posizione ai fini dell'aggiornamento circa le valutazioni di *an e quantum*, anche al fine di monitorare la consistenza dei fondi.

Le risultanze di tale attività sono state presentate al Collegio Sindacale nella seduta del 07.09.2018.

L'Azienda è dotata da tempo di un assetto organizzativo rispondente ai requisiti di processo e organizzativi individuati dalle linee di indirizzo regionali, tuttavia al fine di migliorare la tempestività e la completezza dell'istruttoria dei casi in gestione diretta, oltreché consolidare le azioni rivolte alla piena attuazione del programma regionale, è stato ridefinito il processo di gestione dei sinistri che ha portato alla pubblicazione della procedura per gestione del contenzioso (PA 199 del 25 gennaio 2019).

Si segnala che nella procedura è stata individuata una tempistica per ciascuna fase del processo al fine di favorire il rispetto del termine di 6 mesi per la conclusione della fase decisoria interna al CVS, come previsto dalla determina dirigenziale n. 4955 del 10 aprile 2014.

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 già definito le modalità ed i tempi con cui avviene la comunicazione ai professionisti. L'esplicitazione di tali modalità è contenuta anche nella PA 199 precedentemente citata.

In merito al rispetto dei tempi del processo come definiti dall'indicatore target, oltre a quanto sopra ricordato in tema di revisione del processo aziendale di gestione dei sinistri, continua il monitoraggio trimestrale di tali tempistiche che, standardizzato nel corso dei due anni precedenti, ha consentito di migliorare la velocità delle istruttorie medico legali e delle determinazioni del CVS. Il monitoraggio costante e la revisione del flusso di lavoro sono finalizzati anche al raggiungimento del target per l'indicatore individuato:

**% di sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione del CVS entro 31.12.; target >= media regionale).**

Il 75,2% dei sinistri aperti nel 2018 hanno una valutazione medico legale e il 92,1% di questi hanno una determinazione del CVS (media regionale rispettivamente 59,7% e 84,1%). Tuttavia se analizziamo la percentuale di sinistri con intervallo <=180 giorni fra apertura e determinazione CVS questa si attesta al 36,63%, decisamente al di sotto della media regionale del 56,75% (Fonte: SivER – Rilevazione del 23.04.2019)

Per quanto attiene la **completezza del database regionale (100% dei casi aperti nell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo)**: tutti i sinistri aperti nel database sono regolarmente aperti entro il 31 gennaio dell'anno successivo. Tale attività è ormai standardizzata ed è proseguita anche per il 2018.

#### **4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza**

La legge regionale n. 9 del 1 giugno 2017 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 cui l'Azienda si è adeguata con l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT 2018-2020) approvato con deliberazione n. 22 del 30/1/2018.

Nell'ambito di un percorso condiviso con la Regione Emilia Romagna e le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'AUSL della Romagna, tramite il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, ha



partecipato all'elaborazione di uno "schema tipo" di "Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione" uniforme ed omogeneo per la predisposizione dei singoli Codici di comportamento da aggiornare - secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001 - da parte delle Aziende Sanitarie della Regione entro il 31/05/2018. Ciò allo scopo di definire principi e norme di comportamento il più possibile omogenei all'interno del Servizio Sanitario Regionale, superando differenze di dettaglio non significative, ma tali da creare incoerenze nelle indicazioni fornite ad operatori chiamati ad operare in organizzazioni aziendali fortemente integrate tra loro. Tale "schema tipo", approvato con DGR n. 96 del 29/01/2018, contestualizza nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale quanto previsto dal D.P.R. 62/2013, dai Codici di comportamento adottati nel tempo delle singole Aziende sanitarie, dalle linee guida adottate dalla CIVIT con delibera n. 75/2013 e dall'ANAC con deliberazione n. 358/2017, nonché dalle disposizioni poste dalla L.R. n. 9/2017.

In conformità al citato schema di cui alla DGR n. 96/2018, l'AUSL della Romagna ha predisposto la bozza di Codice di comportamento per il personale operante presso l'Azienda cui è stata data ampia pubblicizzazione agli stakeholders mediante la pubblicazione sul sito internet aziendale dal 3/04/2018 al 20/04/2018, con l'invito a formulare eventuali proposte e/o osservazioni, utilizzando il modulo ivi allegato. Inoltre con comunicazione prot. n. 88581 del 09/04/2018, l'U.O. Relazioni Sindacali ha informato le Rappresentanze Sindacali aziendali della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e delle Professioni Sanitarie e dell'Area Comparto nonché la RSU aziendale dell'avvio della procedura aperta per acquisire proposte e osservazioni sullo schema tipo di Codice da adottare. L'avviso di procedura aperta sopra richiamato è stato pubblicato anche sul news-letter Bollettino intranet dell'Azienda.

In merito risultano pervenute proposte e/o osservazioni da parte della Federazione Veterinari e Medici (in atti prot. n. 91261 del 11/04/2018), nonché da parte di un rappresentante aziendale AAROI-EMAC (in atti n. 99642 del 19/04/2018) ed analoga osservazione formulata dal Comitato Unico di Garanzia (in atti prot. n. 99250 del 19/04/2018). Alle suddette proposte e/o osservazioni, opportunamente esaminate, ma non accolte, l'AUSL ha fornito formale riscontro.

L'Azienda, pertanto, all'esito della sopra indicata procedura aperta alla partecipazione - acquisito il parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione – SSR - con deliberazione n. 209 del 30/05/2018, ha approvato il *"Codice di comportamento per il personale operante presso l'Azienda AUSL della Romagna"*, in conformità al citato schema tipo di cui alla DGR n. 96/2018. Tale Codice aziendale - articolato in cinque Titoli per complessivi n. 23 articoli oltre ad un allegato ove è elencata la normativa di riferimento - definisce i doveri costituzionali, i valori e i principi etici che i dipendenti ed il personale operante a qualunque titolo presso l'Azienda sono tenuti ad osservare, disciplinando anche specificatamente alcuni ambiti particolarmente delicati propri del settore sanitario quali, ad esempio, gestione delle liste di attesa e attività libero professionale, ricerca e sperimentazioni, sponsorizzazioni e attività formativa, rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici, attività conseguenti al decesso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha proceduto a dare la più ampia diffusione al Codice di comportamento aziendale - che sostituisce integralmente il previgente Codice di comportamento di cui a delib. n. 701/2014 - provvedendo a far pubblicare il medesimo nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito dell'AUSL e nella intranet aziendale nonché dando comunicazione dell'adozione del Codice tramite e-mail inviata a tutti gli indirizzi aziendali.

Inoltre è stato dato mandato:

- agli uffici competenti nella gestione delle risorse umane dell'Azienda di consegnare al contraente copia del Codice di comportamento generale di cui al D.P.R. n. 62/2013 nonché copia del Codice di comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 209/2018 all'atto della sottoscrizione di nuovi contratti di lavoro a qualsiasi titolo stipulati ed affidamento di relativi incarichi;
- a tutti i Direttori di U.O./Struttura di assicurare la più ampia diffusione del Codice aziendale tra i propri collaboratori;
- ai Direttori di U.O. che indicano bandi di gara per forniture di attività/servizi all'interno o per conto dell'Azienda di prevedere, sia nel bando di gara che nel contratto, la specifica clausola del rispetto del Codice di comportamento generale di cui al D.P.R. n. 62/2013 e del Codice aziendale di cui a deliberazione n. 209/2018 da parte del personale delle ditte fornitrici.

In coerenza con le disposizioni della L.R. n. 9/2017, della DGR n. 96 del 29/01/2018 il Tavolo regionale per il coordinamento delle misure di Trasparenza e Prevenzione della corruzione a cui partecipa anche il Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda USL della Romagna, ha elaborato una modulistica condivisa per le dichiarazioni che tutti i dipendenti devono rendere ai sensi degli artt. 5,6,7 e 13 del DPR 62/2013 messa a disposizione con specifica funzionalità sul sistema informatico "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" – GRU, in sostituzione della modulistica cartacea già in uso. Pertanto, da novembre 2018, tutti i dipendenti sono stati chiamati a rendere le dichiarazioni/comunicazioni mediante la predetta funzionalità sul sistema informatizzato GRU e precisamente:

- obbligo di deposito delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali (per il personale dirigente, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare entro tre mesi dall'assunzione dell'incarico, da aggiornare annualmente, nonché da rendere entro tre mesi dopo la cessazione dell'incarico. Tale funzionalità è attiva già da giugno 2017.
- obbligo di comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi (per tutti i dipendenti, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e da aggiornare annualmente
- obbligo di dichiarazione di partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari (per il personale dirigente, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare all'atto dell'assunzione dell'incarico dirigenziale
- obbligo di comunicazione adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonché quelle in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute.

Per quanto riguarda l'obbligo di astensione, ogni dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente al suo superiore gerarchico, il verificarsi della situazione che può metterlo in condizione di potenziale conflitto di interessi con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione, come previsto dal Codice di comportamento aziendale (art. 4).

Infine, per quanto riguarda l'acquisizione delle dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi raccolte con il sistema GRU entro la fine del 2018 si precisa che è stata raggiunto il 73%.

#### **4.6. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**

Il Regolamento Europeo n. 679/2016 - relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, alla libera circolazione di tali dati e all'abrogazione della direttiva 95/46/CE - è applicabile in tutti i Paesi UE dal 25 maggio 2018.

Le nuove regole, che per tanti aspetti si pongono in continuità con quelle discendenti dal D.Lgs. 196/03, contengono rilevanti innovazioni che richiedono di porre in essere molteplici adempimenti da parte dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende sanitarie.

Pertanto l'AUSL della Romagna, al fine di garantire un'adeguata applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto stabilito a livello nazionale e regionale attraverso la condivisione delle indicazioni del gruppo di lavoro Regione/Aziende sanitarie - istituito con nota RER prot. 796460 del 29.10.2015 - nel 2018 ha provveduto a mettere in atto le seguenti azioni rispetto agli indicatori e target di programmazione:

***Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ridefinizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale; Target: 100%***

Con ***deliberazione n. 172 del 09.05.2018***, visto il documento di sintesi predisposto dal gruppo di lavoro regionale dedicato alla figura del DPO istituito all'interno del Tavolo privacy regionale sopracitato, è stato ***designato il Responsabile della protezione dei dati (DPO) dell'AUSL Romagna***.

***Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679); Target: 100%***

Ai sensi dell'art. 30 del regolamento UE, ogni titolare del trattamento deve tenere un registro delle operazioni di trattamento i cui contenuti sono specificati nello stesso articolo. Il Registro è uno strumento fondamentale, non soltanto ai fini dell'eventuale supervisione da parte del Garante, ma anche allo scopo di disporre di un quadro aggiornato dei trattamenti in essere all'interno dell'Azienda, indispensabile per ogni valutazione e analisi del rischio. Pertanto, tenuto conto delle indicazioni fornite in via provvisoria dal gruppo di lavoro interdisciplinare istituito all'interno del Tavolo privacy regionale soprarichiamato, allo scopo di validare regole omogenee per tale adempimento per tutte le aziende sanitarie della regione, l'Azienda USL della Romagna ha realizzato il ***Registro delle attività di trattamento*** che comprende e specifica 34 macro-attività di trattamento dei dati. Il Registro è stato attuato con un file di excel, memorizzato in data 24/5/2018 anche in pdf sul sistema informatico aziendale su una cartella dedicata e ***formalmente protocollato con tutti gli allegati in data 25/5/2018 al n. 0132208***.

***Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%***

Al fine di assicurare l'attuazione degli adempimenti previsti, prima dal Codice Privacy (D.Lgs. 196/2003) e poi dal nuovo Regolamento UE in coerenza con la normativa nazionale e le disposizioni regionali, l'Azienda ha sempre assicurato la partecipazione mediante i propri professionisti al Tavolo regionale Privacy e ai sottogruppi costituiti per le diverse tematiche. Successivamente, come da comunicazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della RER prot. 263571 del 13.04.2018, nell'ottica di garantire uniformità di interpretazione della normativa europea a livello regionale, la Regione ha attivato un tavolo tra i diversi DPO individuati dalle Aziende sanitarie che assorbirà anche le tematiche fino ad ora presidiate dal Tavolo privacy. Con Determina del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della RER n. 15305 del 21.09.2018 è stato costituito il citato Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure di protezione dei dati personali della Aziende e degli Enti del SSR a cui partecipa anche il DPO dell'Azienda USL della Romagna. Il Tavolo suddetto si è riunito in data 3 Ottobre, 29 ottobre e 7 Dicembre; in tutti gli incontri è stata assicurata la partecipazione sia del DPO dell'Azienda USL della Romagna che di Alberto Menghetti, dell'U.O. Governo Sistemi Informativi dell'AUSL della Romagna.

***Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali; Target: 100%.***

Il “sistema privacy” delineato dal GDPR e confermato a livello nazionale dal D.Lgs. n. 196/03 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si caratterizza per un approccio di tipo sostanziale e proattivo e per un accrescimento delle responsabilità del titolare e di tutti i soggetti chiamati a trattare i dati personali all’interno dell’organizzazione aziendale.

L’Azienda USL della Romagna ha quindi definito il suo organigramma delle responsabilità privacy con deliberazione n. 172 del 09.05.2018, che ha nominato il dott. Facibeni Goriziano quale **Responsabile della protezione dei dati** (cosiddetto DPO), assegnando allo stesso - con la medesima deliberazione - i seguenti specifici compiti:

- informa e fornisce consulenza al Titolare del trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679 e da altre disposizioni normative nazionali o dell’UE in materia di protezione dei dati personali, e sarà supportato dal Comitato aziendale per la protezione dei dati personali istituito con delibera n. 510 del 10/11/2017;
- sorveglia l’osservanza del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali nonché delle politiche dell’Azienda USL, compresi l’attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- fornisce il proprio parere in merito alla valutazione d’impatto sulla protezione dei dati e ne sorveglia lo svolgimento ai sensi dell’articolo 35 del Regolamento UE 2016/679;
- coopera con il Garante per la protezione dei dati personali;
- funge da punto di contatto per l’Autorità Garante per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all’articolo 36 del Regolamento UE 2016/679, ed effettua, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione;
- fornisce supporto all’Azienda USL nella definizione delle linee guida in materia di protezione dei dati personali e sicurezza delle informazioni, esprimendo formale parere;
- partecipa alla progettazione di nuove applicazioni o alla modifica sostanziale di quelle esistenti in aderenza al principio della privacy by design;
- fornisce supporto alla redazione e aggiornamento dei disciplinari tecnici trasversali e di settore, esprimendo formale parere;
- fornisce supporto e coopera con la struttura competente nei casi di incidenti di sicurezza;
- promuove la formazione di tutto il personale dell’Azienda in materia di protezione dei dati personali e sicurezza informatica;
- fornisce supporto nella definizione delle misure più idonee ed efficaci a garantire l’esercizio dei diritti degli interessati di cui al Capo III del Regolamento UE 2016/679;
- formula gli indirizzi per la raccolta delle informazioni necessarie per realizzazione ed aggiornamento del Registro delle attività di trattamento

Precedentemente, la deliberazione n. 510/2017 aveva già istituito un gruppo interdisciplinare denominato “**Comitato Aziendale per la Protezione dei Dati Personali**”, preposto alla sicurezza nel suo complesso dei dati sotto l’aspetto clinico, organizzativo e di protezione. Il Comitato si è attivato sin da subito per realizzare i primi adempimenti previsti dal Regolamento UE come per es. il Registro dei trattamenti, ha coordinato incontri formativi/informativi rivolti ai dirigenti dell’Azienda, agli operatori sanitari, tecnici e amministrativi, nonché nell’ambito di incontri con i Comitati di Dipartimento promuovendo la divulgazione delle indicazioni del nuovo Regolamento UE e sensibilizzando gli operatori alla cultura sulla corretta applicazione della normativa privacy. Il Comitato inoltre, supporta il DPO nell’espletamento della sua attività di informazione e consulenza al Titolare del trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE, da altre disposizioni nazionali o dell’UE in materia di protezione dei dati personali.

L’U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e legali, come previsto nelle aree di responsabilità individuate nel Manuale organizzativo di cui alla deliberazione n. 524/2015, gestisce l’attività correlata alla normativa privacy assicurando l’esame delle pratiche inerenti la materia de quo, il loro approfondimento e lo sviluppo di argomenti specifici a supporto delle articolazioni aziendali. Pertanto, per l’applicazione della normativa privacy, predispone la

stesura di procedure, revisione modelli informativi/istruzioni di trattamento ai responsabili interni o al personale autorizzato, comunicazioni al Garante per conto del titolare del trattamento non di pertinenza del DPO, assicura gli adempimenti giuridici amministrativi in materia di videosorveglianza e collabora con il Comitato Aziendale per la protezione dei dati personali e con il DPO.

In continuità con le precedenti scelte organizzative assunte dalla Asl Romagna e nell'ottica del principio di responsabilizzazione, con deliberazione n. 275 del 25/7/2018 sono stati individuati tutti i Direttori di struttura complessa, struttura semplice dipartimentale, i Direttori di Distretto e i direttori degli ambiti territoriali delle Direzioni infermieristiche e tecniche quali **Responsabili Interni del trattamento dei dati** (cosiddetti soggetti delegati), i cui compiti sono stati specificati con la medesima delibera.

Ai responsabili interni privacy vengono attribuite le funzioni assegnate attraverso la consegna di precise istruzioni di trattamento.

L'individuazione di responsabile interno privacy, in quanto connaturata all'attribuzione di uno o più degli incarichi sopracitati, si intende revocata di diritto alla cessazione dell'incarico medesimo.

Con la medesima deliberazione si è stabilito che il **personale "Autorizzato"** del trattamento dei dati personali (ex art. 29 GDPR) di cui è titolare l'Azienda USL sia tutto il personale dipendente nonché tutti coloro che, pur in assenza di un rapporto di lavoro dipendente con l'Azienda, siano a vario titolo inseriti all'interno dell'organizzazione con svolgimento di operazioni di trattamento dei dati. Ai sopracitati Responsabili Interni del trattamento con nota prot. 0226396/2018 è stata data comunicazione della nomina con i compiti ad essi affidati. Con la medesima nota è stato trasmesso loro il modulo con il quale gli stessi provvederanno a designare il personale autorizzato precisando loro compiti e istruzioni.

Infine, tutti i direttori di U.O. che stipulano contratti di affidamento di servizi per i quali i fornitori trattano dati personali per conto dell'Azienda, hanno informato questi ultimi nel corso del 2018 in merito agli adempimenti in materia di tutela della privacy, riconfermandoli quali **Responsabili esterni del trattamento**. Stanno provvedendo anche alla sottoscrizione di specifico contratto di nomina quale Responsabile esterno del trattamento, in conformità a quanto previsto dal regolamento UE.

#### **4.7. Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)**

In relazione all'applicazione delle Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT), di cui a Legge 22 dicembre 2017, n. 219, si evidenzia che La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione ha riferito con nota trasmessa via posta elettronica il 26 marzo 2019 che non sono state ancora predisposte indicazioni in materia per le Aziende Sanitarie.

Pertanto, in mancanza di dette indicazioni/regolamentazioni, si rimarca l'impossibilità di garantire gli adeguamenti organizzativi ed informatici necessari per attivare il percorso.

Detta regolamentazione consentirà a questa Azienda di garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici attraverso le seguenti modalità:

- adattamento dei sistemi informatici, al fine di recuperare da ARA, se presenti, le informazioni sul luogo nel quale la DAT è depositata e le informazioni sui fiduciari;
- attivazione a livello locale di percorsi di formazione per gli operatori che lavorano nelle strutture sanitarie che si interfacciano ed interagiscono con le DAT;
- promozione di azioni di comunicazione verso i cittadini al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT.

#### **4.8. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti**

##### Cartella SOLE

L'azienda USL della Romagna ha fortemente promosso l'adozione della cartella da parte dei MMG e la formazione dei MMG aderenti tramite un'intensa attività formativa svolta in tutti gli ambiti, sia di NCP che di ambito, attraverso una proficua collaborazione con CUP2000 e con il servizio regionale Tecnologie sanitarie.

Si sottolinea che la messa in produzione del tool di migrazione da Profim è stato completato nella seconda metà 2018 e che il tool di migrazione da K2 non è ancora attivo, per cui la migrazione di un certo numero di MMG aderenti risultava non attuabile.

**Indicatore e target:**

**% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE**

Al 31.12.2018 risultano migrati sulla cartella Sole 368 MMG sui 446 che hanno aderito, ossia l'83%.

**Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)**

Sono in fase di realizzazione tutte le attività propedeutiche all'avvio del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile.

**Indicatore e target:**

**avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%**

L'AUSL della Romagna ha assicurato la partecipazione ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del tavolo GAAC. E' stato supportato l'avviamento delle prime aziende sanitarie interessate alla sostituzione del proprio ERP con il GAAC. E' stata attivata la rete di governo aziendale al fine di garantire il governo regionale delle anagrafiche dei servizi non sanitari. Sono state infine garantite tutte le attività necessarie ad ottemperare al piano esecutivo elaborato dalla Regione dal Tavolo GAAC.

**Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU)**

**Indicatore e target**

**% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%**

La fornitura è stata collaudata al 100%

**Fascicolo Sanitario Elettronico**

L'Azienda prosegue, in linea con il Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221", nel lavoro di adeguamento del proprio software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale e alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line (per allinearle a quelle disponibili agli sportelli tradizionali), pagamenti on line.

**Indicatori e target**

**% adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%**

Il Laboratorio Analisi ha adeguato il sistema per la gestione del referto in CDA2.



Inoltre, in collaborazione con CUP2000 si è avviato il piano di invio della documentazione clinica utilizzando il backbone SOLE (BB) regionale, realizzato da CUP2000 su indicazione della regione e delle aziende. I referti chiusi e firmati sono inviati al BB che ha logiche di sbustamento ed indirizzamento degli stessi prima al SIO aziendale poi a SOLE/FSE e a PARER.

Nel 2018 è stato chiesto a CUP2000 di supportare i fornitori aziendali per la realizzazione dell'integrazione, in particolare sono stati eseguiti:

- Test di trasmissione referti Pronto Soccorso DEDALUS(nuovo sistema aziendale) su BB
- Test di trasmissione referti DEDALUS(sistema Laboratorio Analisi) su BB
- Test di trasmissione referti ONIT(sistema specialistica) su BB
- Test di trasmissione referti DEDALUS(sistema specialistica) su BB

**% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP. Target: 70%**

L'azienda ha già provveduto ad inserire sulla piattaforma CUPWEB tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le prestazioni monitorate.

Come riferito in occasione del pre-consuntivo, si è raggiunta la percentuale del 93% tarato su di un valore del denominatore condiviso a livello di osservatorio regionale tempi di attesa.

**Prescrizioni dematerializzate**

L'Azienda continua nel lavoro di adeguamento dei software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata e nella sensibilizzazione dei prescrittori verso il corretto e puntuale utilizzo dello strumento.

**Indicatori e target**

***invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%***

Nel corso del 2018 si sono configurate le attività propedeutiche all'invio dell'erogato tramite il concentratore, gestito da ONIT con il sistema CUP/Cassa. In particolare, si sono adeguati i sistemi al fine di inviare le prestazioni erogate al concentratore e quindi inviare l'erogato verso i sistemi SAR/SAC. Le attività si sono concentrate su alcune specialistiche ambulatoriali e sulle prestazioni di Laboratorio analisi. Quest'ultima attività ha permesso di avere un erogato delle ricette dematerializzate superiore dell'80% per l'ambito di Cesena.

***implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%.***

Nel corso del 2018 si è provveduto al superamento della ricetta virtuale, ancora in uso presso gli specialisti ospedalieri dell'ambito di Rimini, con la prescrizioni della ricetta dematerializzata.

**Software unico dei comitati etici**

**Indicatore e target**

***% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%***

Il progetto è in esecuzione. L'Azienda ha garantito la propria attiva partecipazione agli incontri organizzati a livello regionale. Tuttavia, non essendo ancora stato installato il software da parte della regione non si è potuto procedere con le attività di formazione degli operatori previste nel progetto.

**Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)**

**Indicatori e target**

***Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%***

L'azienda, come richiesto dalla DPG/2017/12828 del 28/07/2017 con oggetto "costituzione di un gruppo per la costruzione della cartella clinica unica regionale informatizzata dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle aziende USL della regione Emilia-Romagna", ha partecipato e collaborato attivamente ai lavori di gruppo regionale che ha definito il capitolato per il bando gara pubblicato nel 2018 ed aggiudicato ad inizio 2019.

***Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi***

L'Azienda opera per giungere all'utilizzo esclusivo dei servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: i quali consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: che consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

***Indicatore e target***

***% servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 90%***

Sono state attivate le integrazioni con i dizionari con verifica delle codifiche in uso negli applicativi aziendali.

Attualmente sono consultate e utilizzate tutte le tabelle rese disponibili dalla Regione, inoltre sono state implementate chiamate ai WS regionali per mantenere allineati i seguenti dizionari:

- Classi Esenzioni;
- Esenzioni Prestazioni;
- Tipi Esenzioni;
- Esenzioni Estese;
- Elenco anagrafico dei medici prescrittori e dei rispettivi incarichi;
- Anagrafica dei comuni, delle provincie e delle AUSL.

***Software unico per sistema trasfusionale***

***Indicatore e target***

***% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%***

L'Ausl della Romagna ha garantito la partecipazione ai tavoli ed il supporto al coordinamento regionale, confermando l'avvio al software unico del sistema trasfusionale a completamento degli avvisi delle altre Aree Vaste.

***Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)***

Il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali con decreto legislativo n. 147/2017 ha istituito il nuovo Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Il SIUSS sarà articolato in cinque moduli:

- 1) Banca dati delle prestazioni sociali;
- 2) Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate;
- 3) Sistema informativo dell'ISEE;
- 4) Banca dati dei servizi attivati;
- 5) Banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

***Indicatore e target***

***Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza (obiettivo =si)***

Obiettivo raggiunto con i dati forniti per il triennio 2016-2018.

### **Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero**

#### **Indicatore e target**

##### **Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso: Target 80%**

Relativamente ai certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso:

- I medici degli ambiti di Ravenna e Cesena possono inviare i certificati mediante l'applicativo verticale in uso, quindi si può ipotizzare l'invio della quasi totalità dei certificati prodotti;
- I medici degli ambiti di Forlì e Rimini sono stati formati all'invio mediante il portale INPS, in attesa dell'avvio dell'applicativo aziendale già in uso a Ravenna.

##### **Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero: Target 80%**

Relativamente ai certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero i medici sono stati formati all'utilizzo del portale INPS ed a breve sarà implementata la funzionalità nel nuovo sistema unificato di ADT.

## **4.9. Sistema Informativo**

### **Interconnessione dei flussi informativi**

#### **Indicatori e target**

##### **N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGEI - Target: <1%**

L'Azienda USL della Romagna opera costantemente nel miglioramento della qualità dell'identificativo del paziente (codice fiscale, ENI, STP, Team) e a tal proposito è già stata avviata un'operazione di sensibilizzazione di tutti gli operatori di accettazione (PS, accettazione ricoveri, reparti, ecc...) attraverso l'invio di un'informativa che ribadisce l'importanza della corretta identificazione del paziente.

##### **Adesione alle azioni richieste da NSIS - Target:100%**

L'Azienda assicura la collaborazione nelle azioni richieste da NSIS.

##### **Rispetto scadenze invio flussi (n.scadenze rispettate per flusso) – Target:95%**

##### **Rispetto scadenze adeguamento flussi – Target: 100%**

##### **Incidenza variazione dei dati (media annuale) – Target: <20%**

##### **Completezza dei dati nel mese di competenza – Target: >85%**

Per quanto riguarda la tempestività e la completezza dell'invio dei flussi, nonché il rispetto delle scadenze, i dati riferiti al 2018 (fonte SivER) non evidenziano criticità rispetto ai flussi monitorati.

### **Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata**

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica fin dai primi mesi del 2018 l'Azienda USL della Romagna si è impegnata ad inviare mensilmente le relazioni che giustificano gli scostamenti AFO/FED dei quattro ambiti. Tale attività viene svolta in collaborazione con il servizio farmaceutico e continuerà ad essere svolta per tutto il 2018.

Anche per quanto riguarda il flusso "Traccia" sono stati rispettati ad oggi tutti gli adempimenti richiesti, sia in termini di invio dati che di rispetto delle scadenze.

#### **Indicatore e target (spesa farmaceutica)**

##### **Rispetto dei tempi nell'invio delle relazione mensili (n.relationi inviate entro i tempi). Target: 90%**

##### **Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%**

##### **Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%**

##### **Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100%**

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, fin dai primi mesi del 2018, l'Azienda USL della Romagna si è impegnata ad inviare mensilmente le relazioni che giustificano gli scostamenti AFO/FED dei quattro ambiti.

Tale attività, svolta in collaborazione con il servizio farmaceutico, è stata svolta per tutto il 2018.

Inoltre si è provveduto, fin dai primi mesi dell'anno, ad effettuare tutti i confronti necessari per valutare la coerenza del flusso FED/AFO col flusso Traccia.

#### **Indicatore e target (fondo FRNA)**

##### ***Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100%***

L'Azienda si è impegnata a rispettare le scadenze dei debiti informativi per la rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

#### **Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera**

##### **Indicatore e target**

##### ***Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80%***

##### ***Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target:90%***

Per tale attività l'Azienda ha inviato sperimentalmente alla Regione i dati dei registri operatori, mentre per quanto riguarda l'invio dei dati dell'attività radiologica la regione ha rinviato il progetto al 2019.

In sintesi, tutti gli obiettivi relativi al Sistema Informativo sono stati raggiunti dall'Azienda USL Romagna, come emerso dalla riunione del tavolo regionale dei sistemi informativi del 22.03.2019.

#### **Rilevazione tempi di attesa**

Tutte le UU.OO. chirurgiche aziendali hanno aderito al sistema SIGLA 2.0.

Al riguardo si sottolinea che l'Azienda ha introdotto progressivamente sui vari ambiti il nuovo programma informatico di gestione delle liste di attesa, per cui le performance rilevate non sono allineate con il target previsto.

### **4.10. Gestione del Patrimonio Immobiliare**

#### **Gli investimenti**

A completamento del piano di ricognizione degli investimenti in corso, (tra cui anche quelli con condizioni più difficoltose che hanno di fatto prolungato la loro conclusione anche in termini di richiesta di liquidazione), sono state avviate le verifiche e le messe a chiusura dei procedimenti di più lunga data al fine di provvedere entro il corrente anno, alle restanti richieste di liquidazione del totale residuo riguardanti gli interventi conclusi ed attivati.

Target da raggiungere: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

#### **Indicatori e target**

##### ***Indicatore: Avvio predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016. Target: 100%.***

L'azienda, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205) e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), ha predisposto la redazione della documentazione di gara al fine di avviare la procedura per l'affidamento dei lavori conseguente all'approvazione del progetto esecutivo dell'Intervento APb24: "Ristrutturazione e adeguamento dei blocchi operatori e delle aree intensive e completamento della dotazione

tecnologica delle aree emergenza e urgenza dell'AUSL della Romagna", rientrante nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02 novembre 2016. il progetto è stato approvato con delibera n. 43 del 14.02.2018 ed ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 28 marzo 2018.

**Indicatore: Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum e nel Programma prevenzione incendi. Target: 100%**

L'aggiudicazione dell'intervento ammesso a finanziamento rientrante nell'Accordo di programma Addendum dovrà avvenire entro il 09.10.2019. Sono comunque già state avviate le procedure per le relative aggiudicazioni, che così si presume potranno avvenire entro le scadenze prestabilite.

**Indicatore: Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.**

Sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative a tutti gli interventi conclusi e sono state fornite informazioni dettagliate in riscontro alle richieste regionali sugli interventi in corso.

### Prevenzione incendi

Gli adempimenti previsti dal monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), si stanno realizzando attraverso attivazione con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.

#### Indicatore e target

**Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target: 100%**

L'obiettivo è stato raggiunto al 100% in quanto i dati di monitoraggio sulla situazioni nei riguardi della prevenzione incendi delle strutture sanitarie dell'AUSL della Romagna sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze imposte.

### Prevenzione sismica

In relazione alla Prevenzione Sismica si stanno sviluppando azioni di miglioramento delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica.

#### Indicatore e target:

**Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica. Target: 100%**

L'obiettivo è stato raggiunto al 100% in quanto i dati di monitoraggio sulla situazioni nei riguardi della sismica delle strutture sanitarie dell'AUSL della Romagna sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze imposte.

### Manutenzione

Si premette che già nel corso del 2017 l'U.O. Manutenzione e Gestione Immobili ed Impianti ha attivamente partecipato alla sperimentazione AGENAS, rilevando i costi e le caratteristiche di 4 delle proprie strutture ospedaliere (Forlì, Cesena, Faenza e Riccione).

L'attività per il 2018 ne è stata la continuazione e, allo scopo, sono state individuate all'interno dell'Unità Operativa le professionalità incaricate della rilevazione secondo quanto previsto dal sistema informativo AGENAS.

#### Indicatori e target:

***Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%***

Nel 2018 è stato affidato all'a.t.i - tra la capogruppo Gemmo spa di Arzignano (VI) e la mandante AeC Costruzioni srl di Modena, aggiudicatari di specifica procedura Intercent-ER - il multi-servizio per la manutenzione degli immobili e degli impianti dell'AUSL della Romagna; contestualmente è stato individuato, con specifica procedura di gara, il sistema informativo di gestione, attualmente in corso di popolamento.

Nella fase transitoria è stato utilizzato il sistema informativo On-Biomed, già operativo in AUSL della Romagna per l'ingegneria clinica, così da mantenere l'indispensabile tracciabilità degli interventi; con il sistema informativo On-Biomed gli interventi possono essere richiesti dagli utenti sia mediante applicativo web sia mediante il Call Center unico aziendale delle manutenzioni, attivato nel 2018 presso il presidio ospedaliero di Forlì e che dà risposta a tutte le richieste manutentive (immobili ed impianti, telefonia, ingegneria clinica, informatica, arredi).

Il costo manutentivo degli asset immobiliari ed impiantistici in €/m<sup>2</sup> cognito, mediante puntuale invio dei dati ad AGENAS entro giugno 2018, come richiesto, relativo ai presidi ospedalieri e in RER per le altre sedi, è quello 2017 che nell'AUSL della Romagna è stato di 15,87 €/m<sup>2</sup> e quindi inferiore al costo medio regionale di 16,84 €/m<sup>2</sup>.

**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**

L'Azienda svolge attività di monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.

Riguardo all'attività svolta nel 2018:

- Sono state adottate misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria, sia nella realizzazione di interventi di manutenzione straordinaria e ristrutturazione;
- **Monitoraggio dei consumi di energia elettrica e termica:** è stato raggiunto il target, compilando e mantenendo aggiornate n. 14 schede di monitoraggio dei consumi aziendali e di struttura. **Monitoraggio delle azioni per l'uso razionale:** è stato raggiunto il target compilando n. 26 schede di interventi di efficienza energetica e n. 10 schede relative a interventi di cogenerazione, di cui 6 risultano in esercizio (compresa la centrale cogenerativa SEU dell'Ospedale Bufalini) e 4 da attivare mediante un apposito bando in modalità Contratto di Prestazione Energetica (bando di servizi a valere sulla riduzione dei consumi energetici) nei grandi presidi ospedalieri.
- L'Azienda ha adottato un apposito Piano Energetico Aziendale applicando un approccio sistematico sul periodo quinquennale (delibera n. 515/2017); tra le misure più significative del piano vi sono il concorso per l'assegnazione di risorse da fondi europei POR FESR con ulteriore cofinanziamento statale grazie al Conto Energia Termico, già ottenuto per oltre 15 sedi di dimensione media.
- Sono state adottate misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria, sia nella realizzazione di interventi di manutenzione straordinaria e ristrutturazione.
- Proseguono le attività di concerto con la Regione per la salvaguardia e tutela dell'ambiente, progetto per il potenziamento raccolta differenziata e riordino di isole ecologiche presso le strutture ospedaliere, (quest'ultima attività seguita dalle direzioni sanitarie di Presidio Ospedaliero). Inoltre dopo aver concluso il Piano spostamenti casa-lavoro sono state incrementate le procedure che favoriscono il "car- pooling" e "car-sharing" nelle modalità di implementazione del progetto di condivisione del parco auto aziendale, con il sistema che sta aumentando la propria diffusione in tutti gli ambiti territoriali.

**Indicatore e target**

***Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile). Target: 100%***



L'obiettivo è stato raggiunto al 100% in quanto i dati di monitoraggio sugli interventi, sui cogeneratori attivi e in progetto e sui consumi delle strutture ospedaliere dell'AUSL della Romagna sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze imposte.

### **Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)**

#### **Indicatore e target**

##### **Adempimenti previsti dalla raccolta dati**

Sulla base delle indicazioni fornite negli incontri regionali si è provveduto alla rilevazione e raccolta delle informazioni sui CI al fine di costituire i collegamenti con l'anagrafica centralizzata nell'ambito del sistema gestione GAAC (classi merceologiche, categorie inventariali e ubicazioni).

#### **4.10.1. Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale**

Sulla base delle indicazioni regionali sono proseguite le attività volte a fornire informazioni sugli immobili non più ad uso istituzionale e/o sanitario nell'ambito della valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie, quali adempimenti conseguenti alla DGR 11.09.2017 n. 1345. A riscontro degli stessi è stato altresì individuato, per l'Azienda Ausl della Romagna, il componente del Gruppo Regionale "Nucleo di indirizzo tecnico – operativo per la valorizzazione del patrimonio Immobiliare delle Aziende Sanitarie".

E' stato recepito con deliberazione del D.G. n. 264 del 17.07.2018 l'Accordo di cui alla D.G.R. n. 462/2018, "Approvazione dell'Accordo tra l'Agenzia del Demanio, Investimenti Immobiliari Italiani SGR SPA e la Regione Emilia-Romagna per la prosecuzione delle attività finalizzate ad una operazione di ambito regionale ai sensi dell'art. 33, c. 2 D.L. 98/2011, già avviate con la sottoscrizione del Protocollo di Intesa del 30 Ottobre 2016 (DGR 1678/2016 e DGR 1315/2017)", anche ai fini dei conseguenti adempimenti che ne potranno derivare.

Si procederà a garantire la collaborazione tecnico amministrativa per la costituzione del Fondo Target multi comparto Sanità e Patrimonio sulla base delle indicazioni regionali.

#### **4.10.2. Tecnologie Biomediche**

L'Azienda USL della Romagna, in linea con le indicazioni di programmazione, opera per garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato, nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione.

#### **Indicatori e target**

##### **Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite.**

I dati del flusso OT sono stati inviati regolarmente via mail in regione, o caricati direttamente sul sito del GRTB; non sempre è stata seguita la procedura di caricamento dei dati direttamente sul portale della regione perché talvolta permangono problemi di autenticazione.

##### **Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.**

I dati del flusso Gr.Ap sono stati aggiornati, secondo le scadenze impartite, 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 che anch'esso presenta talvolta dei problemi di autenticazione.

***Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. Target: 100% delle tecnologie.***

Le grandi apparecchiature acquisite di rilevante impatto economico sono state tutte sottoposte al GRTB per la relativa istruttoria. Nello specifico si evidenziano le seguenti comunicazioni:

- 1) Prot. 2018/0126584/P del 21.05.2018 - n. 2 richieste x sostituzione: n.1 TC - neuroradiologia Cesena; n.1 Angiografo - Radiologia Forlì. Prot. 2018/167433/A del 02.07.2018; risposta R.E.R. Prot. Regione 0475365 del 02.07.2018.
- 2) Prot. 2018/0175302/P del 10.07.2018 - n.1 richiesta x sostituzione: n.1 gamma camera Osped. Faenza. Prot. 2018/0236211/A del 19.09.2018 risposta R.E.R. Prot. Regione 585562 del 19.09.2018.

***Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.***

Il Monitoraggio rispetto all'utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici è stato regolarmente inviato secondo i format richiesti ed entro le scadenze prestabilite.

## 5. Le attività presidiate dall'Agenzia sanitaria e Sociale Regionale

### Riordino dei Comitati Etici

La riorganizzazione del Comitato Etico della Romagna (istituito con Deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL della Romagna n. 579 del 29/12/2017) è avvenuta nel rispetto delle tempistiche indicate dalla delibera di giunta regionale n. 2504 del 2016 (in particolare: Delibera di Istituzione entro il 31.12.2017, seduta di insediamento il 17.1.2018, prima seduta operativa 24.1.2018) garantendo la continuità dei lavori del CE. L'Azienda attraverso il Board Aziendale Ricerca e Innovazione collabora attivamente con la Segreteria del Comitato Etico della Romagna a supporto della sperimentazione clinica e della tutela dei pazienti.

### Indicatore e target:

***Le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma informatica regionale. Target: partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.***

L'Azienda, per il tramite dell'Ufficio Ricerca Clinica e Organizzativa, ha partecipato ai lavori richiesti per l'acquisizione e l'utilizzo della piattaforma regionale. La sperimentazione non è ancora stata avviata dal livello regionale.

### Supporto al Piano Sociale e Sanitario

#### **Medicina di Genere**

In rapporto all'obiettivo **"Supporto al Piano Sociale e Sanitario - Medicina di genere"**, al fine di favorire l'approccio di genere, l'AUSL della Romagna ha inserito nell'ambito del Piano aziendale di azioni per l'Equità 2018-2020 la programmazione di un'iniziativa formativa tesa a fornire strumenti e competenze di base sulle azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla discriminazione legata al genere.

### Indicatore e target:

***Le aziende dovranno assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati***

Nel corso del 2018 l'Azienda ha collaborato alla realizzazione della Rassegna **"Medicina di Genere. Garantire Equità e appropriatezza"** promossa dalla Casa delle Donne di Ravenna, che si è avviata a settembre 2018 e si concluderà a maggio 2019. I singoli eventi sono stati accreditati ECM. Inoltre, per promuovere la partecipazione dei professionisti a iniziative formative sui temi della medicina di genere, è stata divulgata l'informazione, attraverso i canali comunicativi aziendali, dell'evento organizzato dall'Agenzia Sanitaria regionale per la giornata del 14 dicembre 2018, e rivolto a tutte le AUSL.

#### **Equità in tutte le politiche**

Per garantire un approccio strutturale al **tema Equità**, nell'ambito dell'Azienda AUSL della Romagna a partire dal 2018, si è programmato di intervenire, sia con azioni volte ad agire sul sistema dei servizi nel suo complesso, sia con azioni puntuali all'interno delle singole organizzazioni e degli operatori che verso gli utenti.

Alla luce delle esperienze già attuate in questi anni, si è dato nuovo impulso al coordinamento aziendale al fine di assicurare la pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione, gestione ed erogazione dei servizi. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti orientati all'Equità (es: Health Equity Audit) per garantire maggiore coerenza tra i dati di iniquità e le azioni messe in campo, in continuità con quanto già avviato nel biennio 2016-2017. In particolare nel 2018 è stata definita la composizione del gruppo di Coordinamento aziendale per l'Equità ed è stato adottato il Piano aziendale triennale 2018-2020

di azioni sull'Equità in cui è previsto l'utilizzo di almeno 1 strumento Equality Impact Assessment per anno di vigenza del piano e 3 Health Equity Audit nel triennio.

**Indicatore e target:**

***Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente)***

E' stato confermato il Referente Aziendale per l'Equità (già individuato con nota del Direttore Generale Prot. 0276190/P del 11.11.2015).

***Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità***

E' stata definita la composizione del Board aziendale per l'Equità e nominati i componenti.

***Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione***

E' stato approvato il piano aziendale delle azioni per l'equità per il triennio 2018-2019

***Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità***

Nel corso del 2018 è stata assicurata la partecipazione del Referente aziendale o suo delegato ai due incontri di coordinamento regionali

***Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale***

E' proseguito il percorso di Health Equity Audit, sulla "Presa in carico del bambino obeso", con revisione del protocollo (giugno 2018) e definizione di una serie di azioni correttive per migliorare l'accesso, a seguito di quanto emerso dall'analisi dei dati quantitativi e dall'applicazione dello strumento EquiA.

E' stato avviato il percorso HEA sulla "Salute Materno infantile" dell'ambito Fo-Ce, con la costituzione di un gruppo di lavoro, l'elaborazione di un Profilo di Equità in epoca prenatale e perinatale e l'identificazione delle priorità su cui intervenire. Sono state definite le strategie e le azioni da sviluppare a partire dal 2019. E' già stato elaborato (febbraio 2019) il Profilo di Equità in epoca prenatale e perinatale per gli ambiti di Ravenna e Rimini, per l'avvio del percorso HEA anche in questi territori.

***Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità***

In relazione alla metodologia del Community Lab, tutti i Distretti sociosanitari hanno aderito all'implementazione del metodo per accompagnare le sperimentazioni di partecipazione della comunità nella programmazione socio-sanitaria locale. Alcuni Distretti (Ravenna e Rubicone) hanno partecipato alla formazione regionale del 2018 anche con personale sanitario.

Nell'ambito ravennate è attiva una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e sociale della Regione Emilia Romagna già a partire dal 2013. Dal 2014 l'intero impianto dei tavoli per la redazione del Piano di Zona è stato modificato superando l'approccio per target e privilegiando uno sguardo per politiche trasversali. Per il 2018 e per la programmazione annuale e triennale si è proseguito il percorso avviato proponendo due nuove progettualità sperimentali, come da indicazioni regionali. La prima riguarda il contrasto alla povertà, la seconda si inserisce all'interno delle azioni di contrasto alle dipendenze da sostanze e comportamentali affrontando quindi anche i temi della dipendenza da internet e della ludopatia in adolescenza. Questa progettazione si innesta sulle attività condivise e coprogettate con il servizio di dipendenze patologiche e vede il coinvolgimento anche dei gruppi di Auto mutuo aiuto di genitori di adolescenti attivi nel territorio. Sono state realizzate serate informative e di confronto denominate "Caffè dei genitori", laboratori di approfondimento e altre azioni di promozione e coinvolgimento di genitori e di adolescenti stessi con la collaborazione del Coordinamento Politiche giovanili dell'Unione Comuni Bassa Romagna.

Nel Distretto del Rubicone nel 2018 si è affiancato, al tradizionale percorso di partecipazione del piano (incontri con operatori, sindacati ecc..), un momento dedicato (“Officina delle idee”) alla partecipazione attiva/empowerment della comunità attraverso gli strumenti del Community lab. I tre temi su cui i partecipanti hanno lavorato sono:

1. familiari curanti;
2. la corresponsabilità educativa tra famiglia scuola e comunità;
3. il lavoro e la responsabilità sociale di impresa.

Nel Distretto di Forlì a partire da Novembre 2017 sono stati avviati i tavoli di coprogrammazione degli obiettivi del Piano di Zona triennale e di coprogettazione degli interventi del Piano Attuativo 2018 realizzati tutti attraverso l'utilizzo delle metodologie acquisite anche dal percorso del Community Lab e basate comunque su tecniche e metodologie partecipative. Per il centro storico della città di Forlì è stato, ad esempio, realizzato un percorso di capacity building finalizzato a creare un maggiore coinvolgimento - e quindi una responsabilizzazione maggiore - verso un gruppo di cittadini significativi per competenze, interessi, impegno sociale o conoscenza del territorio, con i quali costruire proposte progettuali ai fini del nuovo Piano di Zona. Nell'ambito distrettuale di Forlì il percorso di programmazione socio sanitaria e progettazione tutt'ora in corso e in continuo sviluppo è coordinato dal Gruppo di Supporto Locale per il Welfare Comunitario composto dai componenti dell'Ufficio di Piano distrettuale, da operatori dei Comuni e dell'Azienda Usl operanti nelle aree di interesse dell'accordo di programma, nonché da soggetti appartenenti al terzo settore, o ad altri enti pubblici.

### ***Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali***

Relativamente all'obiettivo “Supporto al Piano Sociale e Sanitario - Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali”, il Distretto di Lugo di concerto con l'Unione dei Comuni della bassa Romagna ha aderito alla sperimentazione dell'approccio dialogico finlandese proposto dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale nell'ambito del progetto adolescenza.

Sono stati attivati a tal proposito due diversi percorsi formativi:

- rivolto alle figure manageriali (dirigente area welfare, PO Unione Comuni Bassa Romagna, dirigente scolastico, assessore designato dal tavolo di coordinamento tecnico politico dell'Unione, Ufficio di Piano e direttore del Distretto);
- rivolto a operatori (Assistenti sociali, educatori, pedagogisti, insegnanti).

In fase preliminare sono state individuati due ambiti di sperimentazione della metodologia: i passaggi dalla minore alla maggiore età dei ragazzi disabili/multiproblematici in carico a servizi specialistici e al servizio sociale dell'Unione e i casi complessi nell'ambito del "programma esordi".

Il distretto del Rubicone ha lavorato sul tema dell'innovazione rispetto alle pratiche professionali attraverso la metodologia della Family group conference che applica un approccio di tipo partecipativo, centrato sui punti di forza della famiglia, rispettando la cultura familiare, promuovendo processi di empowerment e focalizzandosi sulla ricerca di soluzioni.

### ***Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza***

L'Azienda USL della Romagna nel corso del 2018 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.

In particolare, l'Azienda pone ferma attenzione al fine di favorire la sempre maggiore e sistematica diffusione della pratica dell'igiene delle mani, mediante interventi formativi rivolti agli operatori e tramite specifici interventi di monitoraggio. Anche se in alcune realtà territoriali esistono ancora spazi di implementazione dell'adesione alle pratiche raccomandate, gli interventi effettuati si stanno dimostrando efficaci ed il trend appare in generale in miglioramento.

L'applicativo Mapper viene utilizzato da alcuni anni presso l'ambito territoriale di Rimini e dal 2017 presso gli altri ambiti sono stati acquisiti i tablet necessari per il suo utilizzo.

**Indicatori e target:**

**% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati**

In tutti gli ambiti aziendali è attivo il sistema di sorveglianza SICHr.

I dati evidenziano che sono l'82% le procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (11.677 interventi sorvegliati nel primo semestre 2018). Oltre a quanto richiesto, l'AUSL della Romagna sta portando avanti un progetto di miglioramento inerente la qualità del dato SICHr, attraverso l'utilizzo di flussi di dati provenienti dal laboratorio. Indicatori di quantità e qualità SICHr sono confluiti negli obiettivi di budget delle UU.OO. chirurgiche.

**Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza**

In ambito aziendale è attiva una procedura aziendale "Igiene delle mani" che prevede, fra altro, il monitoraggio diretto con feed back dei dati sull'adesione (200 osservazioni/anno, restituzione dei dati ogni 6 mesi) e monitoraggio semestrale del consumo di gel idroalcolico. Sono stati svolti in tutti gli ambiti corsi residenziali e laboratori didattici con ritorno dei dati. E' attivo il corso FAD specifico sull'igiene delle mani.

La media aziendale di consumo di prodotti idroalcolici è attestata a 23 litri per 1000 giornate di degenza. Tutti gli ambiti superano i 20 litri /1000 giornate di degenza.

**Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate**

A partire dalla partecipazione allo studio regionale Halt3, promosso dall'Agenzia Socio Sanitaria regionale nell'anno 2017, sono stati raccolti e diffusi i dati di consumo di prodotti idroalcolici dell'anno 2018 delle strutture socio sanitarie accreditate, attraverso eventi formativi specifici. E' in programma per il 2019 un report aziendale specifico.

**% 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.**

In ambito aziendale è applicata la Procedura PA77 "Gestione dei pazienti colonizzati/infetti da enterobatteri resistenti ai carbapenemi- CRE" che prevede, fra l'altro, l'utilizzo di check list informatizzata per l'individuazione precoce del paziente a rischio, l'esecuzione tempestiva del tampone rettale di screening e l'applicazione preventiva di precauzioni di isolamento. Attraverso la segnalazione rapida del Laboratorio di Microbiologia i casi vengono immediatamente individuati ed è disponibile una reportistica sia mensile, da parte del laboratorio, sia dinamica nel programma Log80. Le schede SMI specifiche per le batteriemie da CRE vengono inserite nel sistema direttamente dal personale addetto al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

**Partecipazioni alle attività Regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA**

**Utilizzo del questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA**

Le richieste di nuovi Dispositivi Medici sono indirizzate verso il percorso disciplinato dall'apposito applicativo web Regionale sin dal momento della sua introduzione (2016), promuovendo informazione e formazione presso gli utilizzatori di DM e destinatari della procedura informatica.

In particolare le richieste per i DM definiti compatibili per una valutazione HTA sono prese in carico dai referenti della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM)/Nucleo Operativo Provinciale (NOP)/Nucleo Operativo Locale (NOL).



Il referente secondo quanto previsto dal percorso di valutazione e con appropriato approccio esegue la valutazione compilando i 32 criteri proposti dall'applicativo e formulando giudizio esplicito sull'opportunità o meno di segnalare il DM come eleggibile a valutazione HTA Regionale.

Il ricorso a tale modalità risulta consolidato come prassi Aziendale, attraverso attività di supporto e informazione.

E' stata garantita la partecipazione alle diverse iniziative regionali, in particolare alle sedute delle Commissioni Regionali Dispositivi Medici.

Le relative valutazioni sono state trasferite ed adottate a livello Aziendale attraverso la commissione Dispositivi Medici Romagna.

E' cura della CADM presidiare la correttezza del percorso e dell'utilizzo dell'applicativo compresa in particolare la sezione 8 relativa ai dispositivi eleggibili per un processo di valutazione HTA Regionale, così da consentire il raggiungimento del target assegnato 80%.

#### Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

A seguito dell'approvazione del DGR 1943/2017 l'Azienda ha proceduto all'autovalutazione di possesso dei requisiti generali, con esito positivo nel 100% dei casi. Durante il 2018 sono state sviluppate azioni di miglioramento al fine di tendere alla piena adesione ai requisiti in occasione della visita di accreditamento.

#### Indicatore e target:

##### ***produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì***

E' stato redatto un report di audit e autovalutazione, conservato agli atti della Unità Operativa Qualità e Governo Clinico.

L'Azienda, inoltre, sostiene l'attività regionale di verifica dei requisiti di Accreditamento, garantendo a seguito di convocazione formale la partecipazione alle visite di verifica dei propri valutatori inseriti nell'apposito elenco. Promuove inoltre la partecipazione dei valutatori stessi alle attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

#### Indicatore e target:

##### ***Il 100% dei valutatori convocati formalmente per le attività di verifica risulta aver partecipato alle visite.***

Il 100% dei valutatori convocati formalmente per le attività di verifica risulta aver partecipato alle visite.

#### Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi aziendali più significativi per i quali la progettazione ha previsto la misurazione del trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo sono stati:

##### ***1. La forza del gruppo***

Conoscere noi stessi per supportare i formatori. Intervento di assessment a supporto dello staff della U.O. Formazione, Sviluppo Organizzativo e Valutazione AUSL della Romagna.

Il corso aveva l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche del singolo e del gruppo rispetto alla missione della U.O. Formazione, Sviluppo Organizzativo e Valutazione, al fine di accompagnare i singoli professionisti ed il gruppo ad affrontare i cambiamenti in corso.

##### ***2. Health information System-security Assessment - cyber security***

L'obiettivo del corso era di individuare un quadro di riferimento che, condiviso fra i vari referenti dell'Azienda, possa rappresentare l'ambito nel quale identificare le iniziative specifiche secondo le priorità e le esigenze dell'Azienda stessa, consentendo l'evoluzione secondo una visione complessiva che assicuri la coerenza del sistema ed il rispetto delle priorità interne e delle scadenze normative.

*3. Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali, delle donne vittime di violenza. Percorso Formativo per Facilitatori Area Ospedaliera*

L'obiettivo del corso era di promuovere interventi finalizzati alla formazione del personale sanitario e socio-sanitario impegnato negli interventi di primo soccorso nei confronti delle donne vittime di violenza, al fine di garantire un modello di accoglienza integrato che metta in rete le diverse competenze e sia in grado di dare una risposta efficace (DGR 1890 del 29/11/2017).

*4. Supporto agli audit clinici su appropriatezza prescrizione dei farmaci e retrainig per facilitatori corso audit clinico 2017*

Il corso è stato progettato per supportare le Unità Operative nella effettuazione degli audit richiesti da organi Nazionali e Regionali o necessari per il miglioramento continuo dell'attività.

Gli eventi formativi aziendali più significativi per i quali si è realizzata la misurazione dell'efficacia delle azioni formative sono:

*1. La prevenzione della trasmissione degli infettivi*

Il corso era finalizzato a fornire agli operatori sanitari tutte le informazioni sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA sostenute dalle raccomandazioni, relative ai temi di prevenzione, attraverso l'utilizzo delle precauzioni standard e delle precauzioni aggiuntive (misure di isolamento) comuni ai vari ambiti assistenziali.

*2. La corretta igiene delle mani*

L'obiettivo era garantire la sicurezza del paziente durante il ricovero con prevenzione delle infezioni correlate alla cattiva igiene delle mani.

*3. La Cartella Clinica Elettronica - (CCE)*

Il corso era finalizzato alla introduzione della CCE (Cartella Clinica Elettronica) nelle Unità Operative aziendali utilizzando con lo stesso strumento informatico e garantendo l'accessibilità delle informazioni da parte dei professionisti, da ogni PC aziendale collegato in rete.