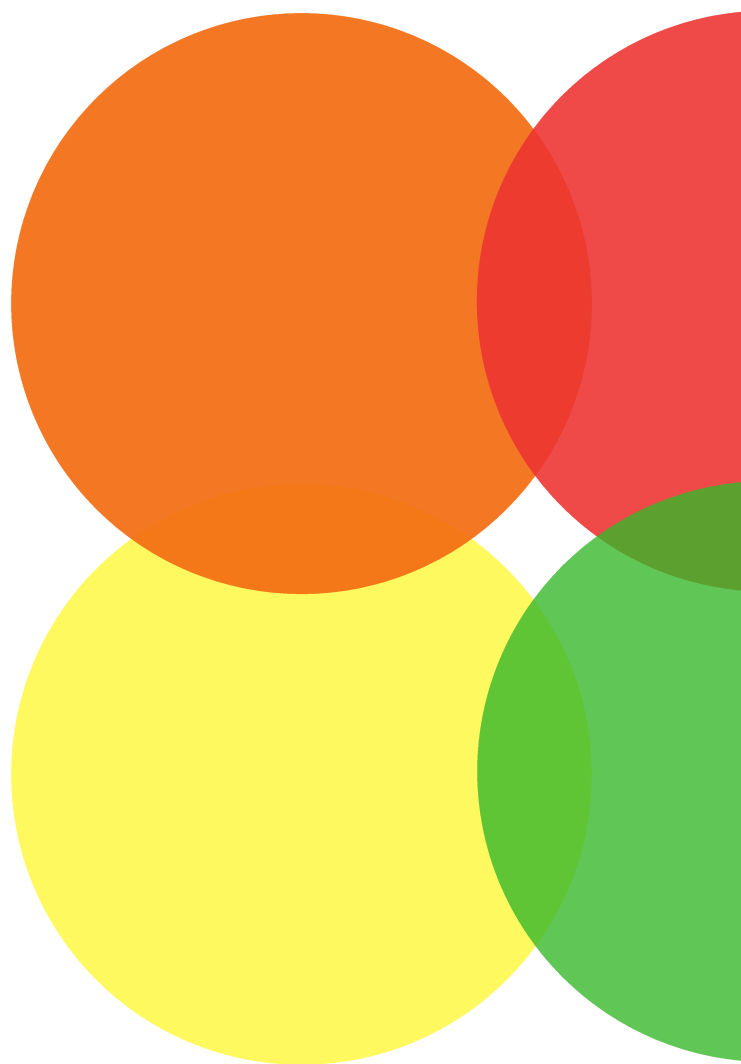


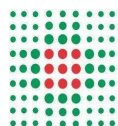
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



Anno 2018



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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

anno 2018

Delibera n. 184 del 26.06.2019

Sommario

| | |
|--|-----------|
| 1. PREMESSA..... | 3 |
| 2. EXECUTIVE SUMMARY..... | 6 |
| 3. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'UTENTE..... | 10 |
| 3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO | 10 |
| 3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE..... | 19 |
| 3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI | 24 |
| 4. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI | 28 |
| 4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE | 28 |
| 4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | 46 |
| 4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE | 48 |
| 4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA..... | 55 |
| 5. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO | 59 |
| 5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO | 59 |
| 5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA..... | 60 |
| 6. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ | 61 |
| 6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA | 61 |
| 6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI | 64 |
| 7. CONCLUSIONI..... | 68 |
| 8. ALLEGATI | 70 |

1. Premessa

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

È redatta in conformità a quanto previsto dalla Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) *"Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance"* e si colloca all'interno del più complessivo sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende, come sancito dal D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni¹.

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

All'interno di tale sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di puntuale controllo della gestione e di accurata rendicontazione verso il sistema degli stakeholders, da attuare secondo modalità innovative e specifiche².

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

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

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

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed

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

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

assegnazione degli eventuali obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;

- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (monitoraggio infrannuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

Le principali aree prese in esame con il Ciclo delle Performance 2018-2020, in coerenza con le indicazioni fornite dagli obiettivi di Mandato del Direttore Generale della Azienda USL della Romagna (DGR n. 167/2015) e dalle Linee di Programmazione e Finanziamento regionale annualmente deliberate dalla Giunta regionale, hanno riguardato in primis le aree di garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero (come da DGR n. 272/2017) e di specialistica ambulatoriale (come da DGR 1056/2015); la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica; l'equità nell'accesso ai servizi; l'area dell'emergenza e il problema dell'inappropriatezza degli accessi; l'area della continuità assistenziale e il problema della presa in carico territoriale.

Le tematiche inerenti l'integrazione ed il superamento delle differenze nei comportamenti, nei percorsi e nelle modalità operative sono state affrontate all'interno del percorso di budget attraverso la programmazione dei **"percorsi clinici"**, ossia ben 29 gruppi di lavoro che si sono attivati su importanti temi sanitari per individuare e definire procedure desumibili dall'esperienza diretta, guidate dall'impegno personale e corroborate dalla forza della ricerca, al fine di garantire a tutta la popolazione dell'Azienda la migliore risposta clinica possibile.

Sul versante dell'Area Amministrativa e Tecnica, oltre alla tempestiva e congrua definizione della programmazione annuale in tema di manutenzioni ed investimenti, politiche del personale e sviluppo del sistema informativo aziendale, le priorità hanno riguardato la materia della sicurezza dei dati personali per dare effettiva attuazione al Regolamento Privacy UE 2016/679, il completamento del percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del bilancio dell'Azienda (PAC) e la riorganizzazione del percorso sugli acquisti e la logistica dei beni per garantire sempre maggiore trasparenza dei percorsi e precisa definizione dei fabbisogni.

Il presente documento "Relazione sulla Performance 2018" pertanto evidenzia, sulla base delle indicazioni fornite, i risultati clinici ed organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate di cui al Piano della Performance definito per il triennio 2018-2020.

Completa la rendicontazione dei risultati di gestione conseguiti nell'anno 2018 la *"Relazione sulla gestione del Direttore Generale"* (Allegato B alla Deliberazione n. 109 del 30.04.2019 *"Adozione del*

Bilancio d'Esercizio 2018”) dove trovano esplicitazione le azioni realizzate e i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi assegnati all’Azienda USL della Romagna dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 919/2018) e più in generale agli obiettivi di salute in capo a questa Azienda.

2. Executive summary

Tra i più importanti risultati conseguiti dall'Azienda USL della Romagna va certamente evidenziato il rispetto dell'obiettivo economico: infatti anche il bilancio 2018 chiude con un utile di esercizio pari ad € 53.643,00 nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Fra gli altri aspetti di maggior rilevanza, avendo caratterizzato il triennio 2016-2018 dell'Azienda, non si può non evocare il grande impatto provocato dall'attuazione del regolamento di riordino ospedaliero che in Romagna si è spesso intrecciato con la necessità di portare a sintesi il percorso di unificazione delle quattro preesistenti Aziende USL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini - formalmente sancito dalla L.R. n. 22/2013 ma che nei fatti ha richiesto un lungo periodo di costruzione. La prima fase di questo importante lavoro si è concretizzata con il documento *"Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera"* approvato in data 09.01.2017 dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria e ratificato con Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017, segnando così un importante passo avanti nel percorso di consolidamento strutturale ed organizzativo, fino a giungere nel corso del 2018 all'attribuzione di 21 incarichi di direzione di Struttura Complessa (assegnati in coerenza con il suddetto impianto di riordino) ed alla successiva definizione degli incarichi di Struttura Semplice ed Alta Professionalità per la dirigenza medica, veterinaria, sanitaria. Tali incarichi sono stati definitivamente ufficializzati con la Deliberazione del Direttore Generale n. 387 del 11.10.2018 e verranno progressivamente assegnati nel corso del 2019, concretizzando il percorso di riconoscimento e valorizzazione del capitale umano fortemente voluto dalla Direzione.

Invece, il grande investimento dell'azienda sotto il profilo clinico ed innovativo e sul quale sono stati chiamati ad un grande impegno tutti i professionisti clinici ha riguardato i già citati gruppi di lavoro per la realizzazione dei 29 percorsi diagnostico terapeutici assistenziali voluti per 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. 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 gli 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.

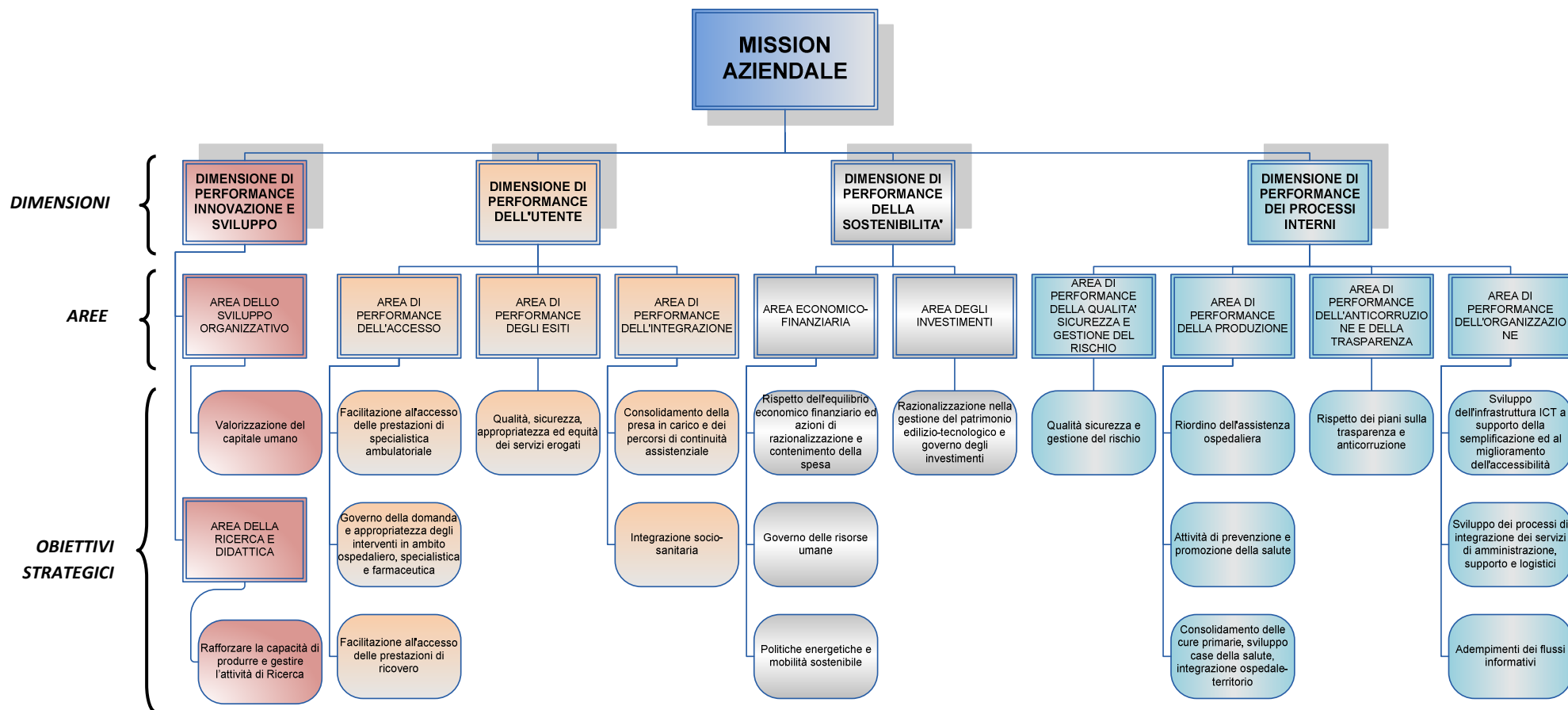
Sin dai primi mesi del 2018 si è proceduto ad un monitoraggio attivo di tutti i progetti avviati, mettendo a disposizione del mondo professionale attività di data management, case management, strumentazione e tecnologie per la gestione del meeting multidisciplinare.

Importanti sviluppi e notevole carico di lavoro si sono concentrati anche per il perseguimento degli ulteriori obiettivi di programmazione:

- area socio-sanitaria;
- integrazione ospedale-territorio;
- facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
- sviluppo dell'appropriatezza degli accessi nell'area dell'emergenza;
- politiche del farmaco e uso razionale dei dispositivi medici;
- qualità, sicurezza e gestione del rischio;
- sviluppo attività di ricerca;
- programmazione dei fabbisogni di personale;
- investimenti e manutenzioni;
- sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

I successivi capitoli sono strutturati in modo tale da rendicontare le azioni sviluppate e i risultati conseguiti rispetto alla suddetta programmazione del 2018, con riferimento a ciascuna Dimensione e Area della Performance, come da sottostante schema:

Albero della performance: rappresentazione grafica



Al fine di facilitare la lettura si è scelto di effettuare la rendicontazione per singola Area attraverso una breve descrizione delle azioni messe in atto per ogni obiettivo elaborato nel Piano della Performance e la tabella riassuntiva con i risultati agli indicatori regionali³. Si evidenzia che per non appesantire il documento e per non generare ridondanze - laddove possibile – si rimanderà per approfondimenti all'allegata *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"* (già trasmessa alla Regione ad aprile 2019 acclusa al Bilancio d'Esercizio 2018).

³ Rilevazione effettuata in data 17.06.2019 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna. La valutazione della performance delle Aziende, oltre al valore numerico, viene rappresentata per un'immediata comprensione attraverso il seguente codice colore:

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

Laddove la valutazione riporta il codice NON AGGIUSTATO significa che il servizio regionale preposto non ha provveduto ad applicare il coefficiente correttivo per adeguare il risultato ai criteri di calcolo previsti dal PNE. Il dato in OSSERVAZIONE significa invece che non sono ancora definiti gli standard per valutare la performance.

3. Dimensione delle performance dell'utente

3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2018 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

Anche per l'anno 2018 l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo regionale di erogare almeno il 90% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate entro i tempi di attesa predefiniti nella gran parte delle rilevazioni settimanali effettuate.

Questo andamento è confermato su base annuale anche dalla fonte dati regionale SivER che riporta per il 2018 un Indice di Performance⁴ romagnolo per le visite di primo accesso (IND0319) del 97,49% (vs IP RER 97,82%) e per le prestazioni di diagnostica (IND0320) del 97,46% (vs IP RER del 98,71%).

L'estensione di questa analisi al confronto temporale 2018 vs 2017 evidenzia in Azienda della Romagna un importante miglioramento, portando il proprio indice di performance nel 2018 su valori pressoché simili alla media regionale sia per gli esami diagnostici sia soprattutto per le visite.

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

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

Al fine di raggiungere l'obiettivo, l'Azienda ha messo in campo azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa che si sono dispiagate 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

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

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

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

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.

In parallelo, l'azienda ha proseguito anche nel 2018 il proprio lavoro 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.

Nel corso del 2018 il lavoro sull'area della specialistica ambulatoriale è stato orientato anche al **Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative:** in particolare, 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 consenta al servizio accertatore di gestire direttamente l'estrazione degli episodi sanzionabili finalizzata all'invio dei verbali di irrogazione.

Ciò dovrebbe garantire una semplificazione 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.

Contestualmente è stata elaborata e diffusa - anche attraverso il sito internet aziendale - una informativa per l'utenza più chiara e dettagliata rispetto a quella già in essere.

Il complesso di queste azioni informative e sanzionatorie – sebbene non ancora a regime – si sta rivelando incisivo ed efficace sul processo di applicazione della DGR 377/2016, infatti l’Azienda ha registrato nel 2018 un numero di mancate presentazioni pari a 83.036, ossia il 21,4% in meno delle 105.667 riscontrate nel 2017.

In merito alla indicazione regionale previste dalla DGR 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 implementata l’effettiva disponibilità degli strumenti informatici necessari per la corretta prescrizione delle prestazioni (sebbene ancora non uniformi e gestiti su piattaforme informatiche diversificate) e favorito la loro conoscenza ed il loro utilizzo da parte di tutti gli specialisti che operano nelle strutture Ospedaliere dell’Azienda. Inoltre, all’interno del percorso di condivisione delle Linee Guida per l’appropriatezza prescrittiva, sono state ribadite e rafforzate le indicazioni alla presa in carico dei pazienti da parte dei medici specialisti fino al completamento del percorso diagnostico e dell’eventuale follow up.

A tale assetto deve tuttavia corrispondere un’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 programmi dipartimentali che concorrono a rendere complicate le interfacce con il sistema CUP, nonché le manutenzioni e gli aggiornamenti necessari all’evoluzione del sistema sanitario.

Gli indicatori SivER sotto riportati, per quanto concerne **la presa in carico specialistica**, mostrano per l’anno 2018 un + 5,63% di prescrizioni effettuate da specialisti rispetto al 2017, osservando che il dato è sostenuto in particolare dal contributo prescrittivo relativo alle prime visite (+ 10,19% 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.

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

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

Invece, in relazione all'obiettivo **Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on-line sul CUPWEB regionale**: L'azienda ha già provveduto ad inserire sulla piattaforma CUPWEB tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le prestazioni monitorate.

Inoltre, su 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. Si è poi 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.

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di ricovero

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

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 un'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), attraverso la quale si è definito che gli operatori addetti al servizio di pre-ospedalizzazione curano lo scambio comunicativo con gli utenti e gestiscono il governo delle sospensioni.

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 della programmazione regionale 2018:

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".

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

OBIETTIVO DI MANDATO 1.6 DGR 167/2015

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

Cure Palliative

La Rete Locale delle Cure Palliative della Romagna si è costruita intorno ad un modello organizzativo che prevede una rete unica aziendale in cui sono inseriti anche l'IRCCS IRST di Meldola e gli Hospice di Ravenna e Dovadola (privato accreditato).

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 richiesti: **Hospice - Domicilio per cure di base (TAD 6) e cure specialistiche (TAD 7) - Ambulatorio di Cure Palliative - Consulenza in Ospedale**. Tale strutturazione è volta a garantire equità di accesso alla Rete in tutto il territorio aziendale, l'unità di valutazione multiprofessionale all'ingresso nella Rete e il supporto della professionalità del Case Manager nel percorso di presa in carico.

Il progetto della rete delle cure palliative - volto ad innalzare la qualità e la tempestività degli interventi in tale settore - è andato a regime nel corso del 2018 e gli indicatori di performance definiti dal livello regionale evidenziano ancora margini di miglioramento, soprattutto nella tempestività del ricovero in hospice dopo la segnalazione (nel 2018 la percentuale di ricoveri in

hospice entro 3 giorni dalla segnalazione in Romagna si è attestata al 55,6%, in obiettivo rispetto agli standard previsti, ma decisamente al di sotto della media regionale del 64,6%).

Relativamente agli altri obiettivi della programmazione regionale 2018:

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 del 2018 in Ausl della Romagna la percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative è in obiettivo al 53,3% (1.693/3.179), tuttavia l'analisi distrettuale evidenzia situazioni differenziate con valori inferiori allo standard per i 2 distretti del cesenate (Rubicone: 36,8%; Cesena Valle Savio: 31,3%).

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 per il 2018 evidenzia un incremento del 12,2% del numero di giornate erogate al domicilio, tornando sui valori del 2016 dopo la diminuzione riscontrata nel 2017.

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.

Salute Mentale Adulti

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

Nel corso del 2018, il tempo medio di attesa tra prenotazione e prima visita specialistica è leggermente aumentato rispetto al 2017, attestandosi a 12,4 giorni contro gli 11,6 dell'anno

precedente, comunque sempre rispettando i margini massimi di 15 giorni previsti dalla normativa di riferimento.

PRIA

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.

Il lavoro messo in campo ha consentito di perseguire i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio nel 2018:

Numero medio di ore settimanali per bambino (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo ≥ 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 ≥ 16 anni/numero utenti con ASD nella fascia di età ≥ 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'equipe 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.

Percorsi sull'Emergenza/Urgenza

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

Si conferma 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.

Con riferimento all'algoritmo NEDOCS, a fronte di numerosi incontri volti a definire in maniera congiunta e condivisa i criteri, 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.

Per quanto concerne il **Tempo di permanenza in PS (obiettivo < mediana 2017 per stabilimento)**, i dati 2018 vs 2017 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).

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.

Invece, sulla **Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici (obiettivo: \geq di 2 percorsi)** si evidenzia che sugli ambiti 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.

Infine, per quanto riguarda la domanda, a livello regionale si analizzano gli accessi al PS ponderati per 1.000 residenti e distinti per gravità del paziente: il confronto con il dato medio della RER, evidenzia per i residenti romagnoli un numero di accessi per 1.000 residenti più elevato della media regionale (402,4 vs 392,5) e anche con una crescita rispetto all'anno precedente decisamente superiore a quella riscontrata a livello complessivo.

Inoltre, 7,4 accessi ogni 1.000 residenti riguardano pazienti che giungono in condizioni critiche, mentre questo dato come media regionale è attestato a 5,8 (per dettagli si rimanda alla tabella seguente).

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

Anni 2018 vs 2017

| AUSL di residenza | | PAZIENTE NON URGENTE | PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE | PAZIENTE ACUTO | PAZIENTE CRITICO | NON RILEVABILE | TOTALE |
|-------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------|
| AUSL ROMAGNA | Anno 2018 | 63,0 | 235,8 | 75,3 | 7,4 | 20,9 | 402,4 |
| | Anno 2017 | 69,3 | 234,9 | 76,6 | 7,1 | 5,6 | 393,5 |
| REGIONE | Anno 2018 | 64,8 | 231,9 | 71,3 | 5,8 | 18,7 | 392,5 |
| | Anno 2017 | 68,8 | 237,3 | 70,5 | 5,7 | 3,6 | 385,9 |

Fonte: Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Domanda – Tasso di accesso).

Dati aggiornati al 11.03.2019.

3.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'accesso

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2018, pertanto - per il proseguo del lavoro per gli anni 2019-2020 – le azioni che verranno messe in atto avranno l'obiettivo minimo di confermare i risultati raggiunti.

L'analisi dettagliata nella sottostante tabella di ogni singolo indicatore, tuttavia, evidenzia situazioni in peggioramento rispetto a quanto prodotto nel 2017 e non in linea con il target atteso nel periodo, anche se la performance si conferma congrua rispetto agli standard regionali. Questo si riscontra in particolare per:

- IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti













la cui performance è scesa da 11,58 giorni di attesa nel 2017 a 12,41 nel 2018, quindi al di sopra dell'obiettivo aziendale di mantenere l'attesa ≤ 12 giorni. Da segnalare anche il dato regionale a 10,69 giorni, quasi 2 giorni in meno rispetto alla performance romagnola.

- IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora

in cui si è passati dal 62,31% del 2017 al 61,22% del 2018, comunque migliore rispetto alla performance regionale che si è attestata al 60,24%.

- IND0410 - Tasso std di accessi in PS

la cui performance è passata da 389,11 accessi ogni 1.000 residenti nel 2017 a 397,12 nel 2018, al di sopra anche del valore regionale di 388,32.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|--------------------------------------|
| IND0212 - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 132,24 | 130,48 | 132,86 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg | 91,92 | 97,49 | 97,82 |  | Mantenimento >= 90% |
| IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg | 95,16 | 97,46 | 98,71 |  | Mantenimento >= 90% |
| IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti | 11,58 | 12,41 | 10,69 |  | Mantenimento <= 12gg |
| IND0106 - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA | 16 | 16 | 16 |  | Mantenimento <= 15 |
| IND0137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso | 5,65 | 5,68 | 5,05 |  | Miglioramento progressivo |
| IND0105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti | 56,33 | 58,65 | 69,02 |  | Miglioramento progressivo |
| IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora | 62,31 | 61,22 | 60,24 |  | Mantenimento >= 60% |
| IND0410 - Tasso std di accessi in PS | 389,11 | 397,12 | 388,32 |  | Trend in riduzione nel triennio |
| IND0765 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg | 86,35 | 90,43 | 88,36 |  | Mantenimento >= 90% |
| IND0766 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg | 90 | 96,25 | 89,45 |  | Mantenimento >= 90% |
| IND0767 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata | 76,92 | 80,46 | 80,72 |  | Miglioramento progressivo |

Gli Indicatori IND0765, IND0766 e IND0767 (monitoraggio anno 2018) sostituiscono rispettivamente gli indicatori IND0698, IND0699 e IND0700 (monitoraggio anno 2017).

3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2018 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.4 DGR 167/2015

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

Continuità assistenziale

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, l'azione dell'Azienda si è orientata prevalentemente verso lo sviluppo della capacità di presa in carico all'atto della dimissione ospedaliera, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità.

La continuità ospedale-territorio, in particolare proprio 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 (acronimo di Nucleo di Continuità Ospedale Territorio) capace di garantire un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera anche per ridurre la frammentazione degli interventi.

A supporto di tutto il percorso delle dimissioni protette, anche per supportare il monitoraggio degli invii e la gestione multiprofessionale della presa in carico, è in fase di sviluppo un apposito software gestionale NuCOT finalizzato anche all'attivazione delle segnalazioni da parte dei reparti ospedalieri attraverso un interfacciamento con il sistema Log80.

Il monitoraggio del **N. Prese in Carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (target $\geq 45\%$)** ha messo in evidenza come 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%.

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 progetto di miglioramento "OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO IVG NEL TERRITORIO DI RAVENNA" orientato a mettere 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 provvisori riscontrati nei primi mesi del 2019 evidenziano un deciso miglioramento nella performance relativa alla effettuazione delle IVG chirurgiche entro le due settimane, mentre sembrano rimanere critici i dati inerenti la percentuale di IVG farmacologiche. Ad ogni modo il trend degli indicatori monitorati nel corso del 2018 evidenzia la necessità di intervenire con dei correttivi anche negli altri ambiti territoriali.

% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane (obiettivo $\leq 25\%$)

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 $\geq 27\%$)

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%.

Salute in età pediatrica ed adolescenziale

In continuità con gli anni scorsi, l'Azienda USL della Romagna ha lavorato assiduamente intorno ai temi:

- **Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**, sul quale l'Azienda ha attivato 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.
- In riferimento all'indicatore 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 (obiettivo $\geq 80\%$), si conferma che in Azienda 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.
- **Lotta all'antibioticoresistenza**, in cui i principali obiettivi di performance per l'anno 2018 evidenziano:
 - un **tasso di prescrizioni in età pediatrica** pari a 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);
 - un **rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato a pazienti residenti < 14 anni** (obiettivo: $\geq 1,5$) che invece riporta 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).

- **Promozione dell'Allattamento**, esperito su tutto il territorio, sia in ambito territoriale (nelle fasi di preparazione al parto e di sostegno al domicilio) che in ambito ospedaliero (favorendo l'attaccamento precoce al seno e sviluppando ambienti dedicati alle madri nutrici). Inoltre, tutto il personale ostetrico dei consultori e degli ospedali ha partecipato a diversi corsi di formazione ed aggiornamento sul tema.
- Per quanto concerne gli indicatori di performance, nel 2018 si ha il raggiungimento del target prefissato sia per l'allattamento completo sia per il non allattamento sulla fascia dei tre mesi, mentre risultano fuori obiettivo entrambi gli indicatori sulla fascia dei 5 mesi:
 - % allattamento completo a tre mesi e cinque mesi (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 (obiettivo < valore 2017)
 - % non allattamento completo a 3 mesi: 19,37% (in lieve calo rispetto al 20,08% del 2017).
 - % non allattamento completo a 5 mesi: 27,62% (in lieve aumento rispetto al 27% del 2017).
- **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.
- Gli **Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione target 14-19 anni (Obiettivo $\geq 19\%$)** nel 2018 risultano il 13,59%, pertanto al di sotto dello standard atteso e anche del valore medio regionale che arriva a 18,23%.

Integrazione socio-sanitaria

OBIETTIVO DI MANDATO 1.8 DGR 167/2015

L'Ausl della Romagna ha lavorato costantemente ed assiduamente per tutto il 2018 sui punti oggetto di obiettivi deliberati da parte della Regione sulle tematiche inerenti i servizi socio-sanitari per la non autosufficienza. In particolare si evidenzia che:









- è stato costantemente garantito il tempestivo monitoraggio ed il corretto utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati. A livello aziendale 7 realtà distrettuali su 8 hanno rispettato l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse FNA per le persone con gravissima disabilità;

- ai fini dell'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza, non è stato possibile effettuare l'inserimento in quanto non sono ancora state rese disponibili le specifiche tecniche Ministeriali per il trasferimento dei dati dal software in uso a livello aziendale;
- 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);
- il tema del 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. In tale contesto alcuni Sindaci hanno presentato proposte che sono state 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. 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;
- è stata garantita su tutto il territorio aziendale un'offerta distrettuale di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo sulla base della domanda, tuttavia il raggiungimento della percentuale del 2% ha visto uno scostamento al ribasso.

3.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'integrazione

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area riportano i seguenti elementi critici:

- **IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni**
la performance risulta decisamente al di sotto della media regionale (166,37 vs 190,65) ed anche in diminuzione rispetto al 2017 (166,37 vs 172,5).
- **IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA**
il tasso nel 2018 si è attestato a 451,7 riportando una diminuzione rispetto al 491,95 del 2017, tuttavia notevolmente al di sopra del tasso regionale di 386,98, collocandosi nella fascia di valutazione gialla.
- **IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO**
sebbene si tratti di un obiettivo ancora in fase di osservazione da parte degli organi regionali e che il risultato conseguito risulti migliore del valore medio regionale, il dato 2018 presenta una percentuale di re-ricovero entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO del 7,97%, ben oltre il 4,35% riscontrato nel 2017 e che l'Azienda si era data come obiettivo per il triennio 2018-2020.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--|
| IND0683 - Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA | 115,32 | 81,31 | 106,81 |  | Trend in riduzione nel triennio |
| IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA | 491,95 | 451,7 | 386,89 |  | Trend in riduzione nel triennio |
| IND0207 - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA | 3,6 | 3,56 | 4,21 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO | 4,35 | 7,97 | 8,14 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0311 - % IVG medica sul totale IVG | 20,78 | 22,18 | 34,21 |  | Miglioramento progressivo |
| IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane | 40,77 | 40,31 | 25,64 |  | Miglioramento progressivo |
| IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni | 20,45 | 17,74 | 23,17 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti >= 75 anni | 172,5 | 166,37 | 190,65 |  | Trend nel triennio in progressivo incremento |

3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

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

Qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati

OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015

Nella sottostante tabella degli indicatori regionali sulle performance di esito si può rilevare l'andamento 2018 vs 2017 dei principali interventi monitorati, con evidenza di quelli cui si è realizzato un miglioramento della performance e di quelli cui risulta necessario intervenire ulteriormente.

Poiché il servizio regionale per questi indicatori (a livello aziendale e regionale) riporta esclusivamente i dati non aggiustati, il primo aspetto che viene preso in considerazione per attivare gli strumenti di analisi disponibili è il calo di risultato che nel 2018 ha riguardato soprattutto alcuni indicatori legati alla mortalità a 30 giorni a seguito di intervento.

L'Azienda USL della Romagna, sulla base delle maggiori criticità riscontrate fra gli indicatori rinvenibili da SivER, griglia LEA, PNE, BERSAGLIO, Piano Performance, DM70 inerenti

l'appropriatezza e sicurezza dei servizi erogati, opera con lo strumento dell'Audit Clinico al fine di individuare correttivi e miglioramenti volti ad incrementare le performance non adeguate.

In particolare:

- IND0389 - Mortalità a 30 giorni per IMA

Valore aziendale superiore al dato regionale. Inoltre, rispetto al 2017 il tasso di mortalità è passato da 9,07 a 9,25.

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

L'indicatore presenta un valore aziendale più alto rispetto a quello del precedente periodo di analisi. Si sottolinea che tali attività sono svolte in committenza presso il privato (Villa Maria Cecilia Hospital) e che nel piano di committenza è stato previsto un punto relativo al miglioramento.

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

Riguardo a questa tematica nel 2017 si è realizzato un audit sulla qualità dei dati, come individuato da PNE. L'indicatore nel 2018 evidenzia un valore aziendale in miglioramento rispetto allo scorso anno (7,86 vs 6,87).

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

Si è realizzato nel 2017 un audit clinico sulla qualità dei dati come individuato da PNE. L'obiettivo risulta in miglioramento sia rispetto al valore regionale che a quello aziendale del 2017.

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

Nonostante l'audit clinico sulla qualità dei dati realizzato nel 2017, il risultato aziendale 2018 presenta un lieve calo della performance (50,9% vs 52,39%). ad ogni modo il risultato conseguito resta migliore rispetto a quello regionale (50,9% vs 44,78%).

- IND0391 - Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

Valore aziendale in linea con quello regionale e con performance in miglioramento rispetto al 2017. Nel corso del 2017 si sono attivate analisi ed azioni di miglioramento.

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

Valore aziendale con performance in peggioramento rispetto al periodo precedente ed anche inferiori al risultato regionale. Sono in corso analisi per individuare opportune azioni di miglioramento.

- IND0393 - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico

Condotto nel 2016 un audit prospettico a livello aziendale con individuazione di azioni di miglioramento attuate dal 2017. La performance aziendale risulta in miglioramento rispetto al 2017 e migliore anche del valore regionale..

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

Valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ma in peggioramento rispetto al periodo precedente di analisi.

- IND0395 - Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

valore aziendale in miglioramento ma inferiore alla performance regionale.

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

Realizzati nel 2017 audit clinici sulla qualità dei dati. Il valore aziendale appare in linea con quello regionale ed in miglioramento rispetto al periodo di analisi precedente.

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

valore aziendale migliore di quello regionale e stabile rispetto al precedente periodo di analisi.

- IND0772 - % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione













il valore aziendale è migliore rispetto a quello regionale sebbene in lieve calo rispetto allo scorso anno.










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

valore aziendale superiore alla media regionale ed in mantenimento rispetto al 2017. Per la quota di attività svolta dal privato accreditato, nel Piano di committenza 2018 era stato previsto un punto relativo al miglioramento.

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

valore aziendale in linea con quello regionale e stabile rispetto al 2017.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|--|
| IND0389 - Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni | 9,07 | 9,25 | 8,98 |  | Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze |
| IND0390 - Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni | 52,39 | 50,9 | 44,78 |  | |
| IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni | 12,62 | 11,67 | 11,86 |  | |
| IND0275 - Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni | 2,49 | 2,92 | 1,51 |  | |
| IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni | 2,35 | 2 | 1,68 |  | Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze |
| IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni | 1,79 | 2,55 | 1,24 |  | |
| IND0393 - Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni | 10,41 | 9,26 | 10,09 |  | |
| IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia | 1,14 | 1,49 | 1,88 |  | |
| IND0395 - BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni | 10,57 | 10,23 | 10,03 |  | >= 80% |
| IND0271 - Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg | 87,02 | 89,51 | 82,43 |  | |
| IND0396 - Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi | 95,44 | 95,62 | 82,4 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi | 74,54 | 98,55 | 89,07 |  | Raggiungimento 100% dei casi |

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--|
| IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella | 6,87 | 7,86 | 6,47 |  | Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze |
| IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni | 0,17 | 0 | 0,78 |  | |
| IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni | 3,33 | 3,34 | 5,08 |  | |
| IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni | 4,46 | 3,63 | 3,61 |  | |
| IND0494 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario | 16,94 | 15,21 | 17,47 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0402 - Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 0,7 | 0,66 | 0,94 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0403 - Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 0,93 | 1,31 | 1,24 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0772 -Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni | 78,95 | 75,55 | 71,36 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0404 -Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico | 2 | 2 | 2 |  | Mantenimento valori 2017 |

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica. Nel dettaglio: gli indicatori **IND0275, IND0276, IND0392, IND0401, IND0402, IND0403** sono monitorati sul confronto fra il biennio 2017/2018 vs 2016/2017 e gli indicatori **IND0394, IND0399, IND0400** sono monitorati sul confronto fra il triennio 2016/2018 vs 2015/2017.

4. Dimensione delle performance dei processi interni

4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

4.1.1. Produzione Ospedale

Riordino dell'assistenza ospedaliera

OBIETTIVO DI MANDATO 1.1 DGR 167/2015

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

Appropriatezza 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.

Il dettaglio per ambito dei DSA attivati in Azienda nel 2018 è il seguente:

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

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 3.2.1 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Tassi di ospedalizzazione

Un importante indicatore per misurare la domanda di prestazioni ospedaliere fa riferimento al tasso di ospedalizzazione. Nel 2018 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso⁵ della popolazione residente dell'AUSL della Romagna si presenta inferiore al dato medio regionale (136,7 vs 140) e con un trend di riduzione anche dal punto di vista temporale (145,9 nel 2014; 144,4 nel 2015; 141,2 nel 2016; 139,4 nel 2017), in questo caso aspetto che risulta omogeneo con quanto avviene anche a livello regionale.

L'aspetto maggiormente significativo rispetto al dato medio regionale riguarda il tasso di ospedalizzazione in strutture pubbliche: infatti, a un tasso regionale di 110,8 per mille abitanti, il tasso dei residenti romagnoli è sensibilmente più basso e pari a 107,4; diversamente, per l'ospedalizzazione in strutture private si osserva un tasso dei residenti romagnoli più elevato della media regionale (22,9 per mille ab., a fronte di una media regionale di 19,2).

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2018 vs 2017 vs 2016

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per Ausl di residenza e Tipologia DRG

| Anno | | Pubblico RER | | | Privato RER | | | Mobilità passiva extraregionale ⁶ | | | TOTALE | | |
|---------------------|-----------|--------------|----------|-------|-------------|----------|------|--|----------|------|-----------|----------|-------|
| | | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. |
| AUSL ROMAGNA | Anno 2016 | 45,7 | 67,1 | 112,8 | 14,3 | 7,6 | 21,9 | 3,5 | 2,9 | 6,5 | 63,5 | 77,7 | 141,2 |
| | Anno 2017 | 44,3 | 65,3 | 109,7 | 14,9 | 8,7 | 23,6 | 3,4 | 2,8 | 6,2 | 62,6 | 76,8 | 139,4 |
| | Anno 2018 | 43,7 | 63,6 | 107,4 | 14,3 | 8,6 | 22,9 | 3,5 | 2,9 | 6,4 | 61,6 | 75,2 | 136,7 |
| REGIONE | Anno 2016 | 48,8 | 67,4 | 116,2 | 10,8 | 7,9 | 18,7 | 5,7 | 4,2 | 9,9 | 65,3 | 79,5 | 144,8 |
| | Anno 2017 | 47,7 | 65 | 112,8 | 11 | 8,6 | 19,6 | 5,9 | 4,1 | 9,9 | 64,6 | 77,7 | 142,3 |
| | Anno 2018 | 47,4 | 63,4 | 110,8 | 10,8 | 8,4 | 19,2 | 6 | 4,1 | 10 | 64,2 | 75,8 | 140 |

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani.

Reportistica Predefinita (offerta e domanda). Dati aggiornati al 18.03.2019

Il tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza evidenzia, a fronte di un dato medio aziendale pari a 136,7, un valore massimo per i residenti del distretto di Ravenna (144,4) che si posiziona su valori superiori anche alla media regionale e un valore minimo per i

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

⁶ Per il 2018 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente, non essendo ancora disponibili i dati definitivi.

residenti del distretto di Cesena – Valle Savio (129,7), in forte diminuzione rispetto all'anno precedente.

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2018 vs 2017

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e Tipologia DRG

| Anno | | Pubblico RER | | | Privato RER | | | Mobilità passiva extraregionale | | | TOTALE | | |
|------------------------------------|-----------|--------------|----------|-------|-------------|----------|------|---------------------------------|----------|------|-----------|----------|-------|
| | | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. | DRG CHIR. | DRG MED. | TOT. |
| DISTR. RAVENNA | Anno 2017 | 46,6 | 72,3 | 118,9 | 16,7 | 7,9 | 24,6 | 3,2 | 3 | 6,2 | 66,5 | 83,2 | 149,7 |
| | Anno 2018 | 45,3 | 70,1 | 115,4 | 15,2 | 6,9 | 22,1 | 3,6 | 3,2 | 6,8 | 64,2 | 80,3 | 144,4 |
| DISTR. LUGO | Anno 2017 | 48 | 74,8 | 122,8 | 12,4 | 3,4 | 15,8 | 2,9 | 1,8 | 4,8 | 63,4 | 80 | 143,4 |
| | Anno 2018 | 47,4 | 70,4 | 117,7 | 12,5 | 3,4 | 15,9 | 3 | 1,9 | 4,9 | 62,9 | 75,6 | 138,5 |
| DISTR. FAENZA | Anno 2017 | 46,8 | 68,6 | 115,4 | 14,3 | 5,4 | 19,7 | 2,5 | 2,2 | 4,6 | 63,5 | 76,2 | 139,7 |
| | Anno 2018 | 46,2 | 67,9 | 114,1 | 15,2 | 5,5 | 20,7 | 2,2 | 2,3 | 4,4 | 63,6 | 75,6 | 139,2 |
| DISTR. FORLÌ | Anno 2017 | 41,2 | 62,4 | 103,6 | 17,7 | 12,1 | 29,8 | 3 | 2,3 | 5,3 | 61,9 | 76,7 | 138,7 |
| | Anno 2018 | 40,3 | 63,1 | 103,4 | 16,9 | 12,2 | 29,1 | 3,1 | 2,4 | 5,5 | 60,3 | 77,7 | 138 |
| DISTR. CESENA - VALLE SAVIO | Anno 2017 | 42,7 | 53,3 | 96 | 15,8 | 16,3 | 32,1 | 3,1 | 2,5 | 5,6 | 61,6 | 72,1 | 133,8 |
| | Anno 2018 | 41,2 | 51,8 | 93 | 15,5 | 15,6 | 31 | 3 | 2,7 | 5,7 | 59,6 | 70,1 | 129,7 |
| DISTR. RUBICONE | Anno 2017 | 44,1 | 55,1 | 99,2 | 17,8 | 14 | 31,8 | 3 | 2,5 | 5,4 | 64,9 | 71,6 | 136,5 |
| | Anno 2018 | 42,3 | 56,1 | 98,4 | 16,1 | 14,7 | 30,9 | 3,3 | 2,5 | 5,8 | 61,7 | 73,4 | 135,1 |
| DISTR. RIMINI | Anno 2017 | 44,9 | 67 | 111,9 | 12,7 | 6,2 | 18,9 | 3,9 | 3,1 | 7 | 61,4 | 76,4 | 137,8 |
| | Anno 2018 | 44,6 | 63,9 | 108,5 | 12,6 | 6,6 | 19,2 | 4 | 3,2 | 7,3 | 61,2 | 73,7 | 134,9 |
| DISTR. RICCIONE | Anno 2017 | 42,1 | 63,8 | 106 | 11,2 | 5,6 | 16,8 | 4,9 | 4,6 | 9,4 | 58,2 | 74 | 132,2 |
| | Anno 2018 | 44 | 61 | 105 | 10 | 5,5 | 15,5 | 5,5 | 4,5 | 10 | 59,5 | 70,9 | 130,5 |
| AUSL ROMAGNA | Anno 2017 | 44,3 | 65,3 | 109,7 | 14,9 | 8,7 | 23,6 | 3,4 | 2,8 | 6,2 | 62,6 | 76,8 | 139,4 |
| | Anno 2018 | 43,7 | 63,6 | 107,4 | 14,3 | 8,6 | 22,9 | 3,5 | 2,9 | 6,4 | 61,6 | 75,2 | 136,7 |

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani.

Reportistica Predefinita (offerta e domanda). Dati aggiornati al 18.03.2019

Infine, l'analisi del tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero permette di rilevare come lo scarto del dato dell'Ausl della Romagna rispetto alla Regione sia riconducibile in prevalenza al regime di Day Hospital (23,1 vs 25,6), anche se pure in regime di degenza ordinaria il valore aziendale è leggermente inferiore a quello regionale (113,6 vs 114,4), in netta diminuzione rispetto al 2017 sia a livello regionale sia rispetto ai residenti romagnoli.

Ulteriori considerazioni riguardano la variabilità intra-aziendale, per cui sul regime ordinario si va da un tasso di ospedalizzazione di 118,6 del Distretto di Ravenna (al di sopra della media regionale) a 109 del Distretto di Cesena – Valle Savio; allo stesso modo sul versante Day Hospital, con il valore massimo rilevato nuovamente fra i residenti del Distretto di Ravenna (25,8, anche in

questo caso al di sopra della media regionale) e il minore sempre fra i residenti del Distretto di Cesena – Valle Savio (20,8). Maggiori dettagli sono rinvenibili nella tabella sottostante:

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2018 vs 2017

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero

| Distretto di residenza | Anno 2017 | | | Anno 2018 | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|
| | DEGENZA ORDINARIA | DAY-HOSPITAL | TOTALE | DEGENZA ORDINARIA | DAY-HOSPITAL | TOTALE |
| DISTR. RAVENNA | 122,7 | 27 | 149,7 | 118,6 | 25,8 | 144,4 |
| DISTR. LUGO | 120,6 | 22,8 | 143,4 | 116,5 | 22 | 138,5 |
| DISTR. FAENZA | 116,1 | 23,6 | 139,7 | 116,2 | 23 | 139,2 |
| DISTR. FORLÌ | 114,9 | 23,8 | 138,7 | 115,5 | 22,5 | 138 |
| DISTR. CESENA-VALLE SAVIO | 113 | 20,7 | 133,8 | 109 | 20,8 | 129,7 |
| DISTR. RUBICONE | 114,9 | 21,6 | 136,5 | 113,3 | 21,8 | 135,1 |
| DISTR. RIMINI | 114,5 | 23,3 | 137,8 | 110,3 | 24,7 | 134,9 |
| DISTR. RICCIONE | 111,6 | 20,6 | 132,2 | 109,2 | 21,3 | 130,5 |
| AUSL ROMAGNA | 116,1 | 23,3 | 139,4 | 113,6 | 23,1 | 136,7 |
| REGIONE | 116,5 | 25,7 | 142,3 | 114,4 | 25,6 | 140 |

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani.

Reportistica Predefinita (offerta e domanda). Dati aggiornati al 18.03.2019

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

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

Per quanto concerne gli indicatori sui volumi di intervento, 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).

Allo stesso modo, 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.

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).

Il monitoraggio della **% transiti in stroke unit (Target: >75%)** evidenzia che a fine 2018 la % dei transiti in stroke unit è stata del 56,13% (Fonte: SivER – rilevazione del 23.04.2019), ancora non in obiettivo e con performance inferiore rispetto la media regionale del 58,24%.

Contestualmente anche la **% dei casi di riabilitazione post ictus in reparto di Riabilitazione Intensiva Cod. 056 (obiettivo >12%)** nel 2018 è stata al di sotto del target previsto, attestandosi al

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.

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 oncoematologico, 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.

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.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

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.

Di seguito l'analisi delle performance conseguite rispetto agli obiettivi di programmazione regionale:

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

4.1.2. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Ospedale

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area evidenziano situazioni di criticità per l'anno 2018, pertanto - per il proseguo del lavoro nel triennio di validità dell'attuale Piano della Performance - si stanno effettuando analisi e valutazioni finalizzate ad individuare gli opportuni correttivi. In particolare:

- **IND0773 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici**
la cui performance si presenta in miglioramento rispetto al 2017 ma che rientra nella fascia di valutazione arancione.
- **IND0774 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici**
in questo caso la performance aziendale segna un lieve miglioramento rispetto al 2017 ma ancora rientra nella fascia di valutazione arancione.
- **IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni**
nel corso del 2018 si riscontra un incremento della percentuale di ricoveri oltre soglia che porta la performance a posizionarsi in valutazione gialla.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|--|
| IND0773 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici | 0,75 | 0,65 | 0,52 |  | Miglioramento |
| IND0774 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici | 0,39 | 0,41 | 0,4 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0303 - Degenza media pre-operatoria | 0,53 | 0,56 | 0,71 |  | Mantenimento $\leq 0,5$ |
| IND0409 - Volume di accessi in PS | 506.096 | 516.681 | 1.921.960 |  | Trend in riduzione degli accessi con codici colore bianco |
| IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici | 88.874 | 88.201 | 354.621 |  | Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi |
| IND0412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici | 72.255 | 70.137 | 254.222 |  | Progressivo incremento |

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--|
| IND0413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici | 10.645 | 10.033 | 36.893 |  | Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi |
| IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici | 17.663 | 18.772 | 88.491 |  | Progressivo incremento |
| IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni | 3,47 | 3,9 | 3,86 |  | < 3 |

4.1.3. Produzione Territorio

Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio

OBIETTIVO DI MANDATO 1.2 DGR 167/2015

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

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.

Per approfondimenti sugli sviluppi inerenti le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa si rimanda al paragrafo 2.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

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 monitoraggio della **Degenza media in Ospedale di Comunità (obiettivo <= 20 giorni)** evidenzia che la durata media di degenza negli OsCo della Romagna si attesta su un valore 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.

Anche la **Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale (obiettivo $\geq 90\%$)** risulta non raggiungere il target fissato. La percentuale di ricoveri in Osco previa valutazione multidimensionale, infatti, 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 che vede i ricoveri effettuati previa UVM al 35,85%.

Percorso Nascita

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).

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

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.

Costante attenzione all'utilizzo delle **metodiche di controllo del dolore nel parto** 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.

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.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 2.7 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

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.

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.

I progetti Budget di Salute attivati nell’anno 2018 sono evidenziabili nel Flusso Regionale SISM, 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.

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.

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.

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.

Il monitoraggio degli indicatori di programmazione 2018 evidenzia:

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).

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 ≥ 14 giorni screenate per HIV/Numero nuovi ingressi nell’anno detenuti per ≥ 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.

4.1.4. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Territorio


Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest’area non evidenziano particolari criticità per l’anno 2018. In particolare, si evidenzia che per l’indicatore:















- IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti



l’obiettivo di progressivo incremento del tasso di prevalenza presso i servizi di Salute Mentale Adulti programmato per il triennio 2018-2020 non evidenzia una crescita della performance, che si mantiene nella fascia di valutazione gialla

- IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti

Anche per questo indicatore non si rileva l’incremento nell’utilizzo della rete GRAD, che si attesta nel 2018 a 0,36 ogni 1.000 residenti, in diminuzione rispetto allo 0,38 del 2017 ed inferiore anche allo 0,37 regionale.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|--------------------------------------|
| IND0211 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 18,93 | 18,86 | 20,86 |  | Progressivo incremento |

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|---|
| IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza | 49,54 | 52,05 | 52,2 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0661 - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 64,65 | 67,67 | 60,13 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0662 - % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 31,99 | 37 | 28,71 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) | 7,28 | 7,63 | 5,93 |  | Mantenimento valori 2017 |
| IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti | 18,56 | 18,45 | 20,29 |  | Progressivo incremento |
| IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile | 69,75 | 71,84 | 81,39 |  | Mantenimento >=60 |
| IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti | 0,38 | 0,36 | 0,37 |  | Incremento |
| IND0669 - Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive | 75,76 | 84,85 | 78,1 |  | Incremento |
| IND0670 - Durata media di degenza in OSCO | 20,06 | 18,98 | 19,2 |  | Mantenimento <= 20 giorni |
| IND0415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica | 1.756.661 | 1.836.664 | 7.117.094 |  | Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi |
| IND0416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite | 1.562.319 | 1.614.908 | 6.669.619 |  | Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi |
| IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio | 10.193.062 | 10.134.387 | 47.878.684 |  | Atteso in diminuzione per azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva |
| IND0678 - Volume di accessi in ADI: alta intensità | 39.499 | 47.142 | 463.022 |  | Incremento |
| IND0679 - Volume di accessi in ADI: media intensità | 178.050 | 208.289 | 847.215 |  | Incremento |

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|---|
| IND0680 - Volume di accessi in ADI: bassa intensità | 413.405 | 471.548 | 1.790.340 |  | Incremento |
| IND0681 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali) | 653.301 | - | - |  | Progressivo incremento |

*Al momento della rilevazione non risulta disponibile per l'anno 2018 il dato relativo all'indicatore **IND0681***

4.1.5. Produzione Prevenzione

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

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

- IND0171 - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA

Nonostante l'importante incremento della copertura vaccinale MPR fra 2017 e 2018, la performance raggiunta in Ausl della Romagna è ancora al di sotto della soglia di sicurezza fissata al 95% (Romagna: 91,87% - Regione: 93,47%). Ad ogni modo prosegue il lavoro di applicazione della nuova normativa in materia vaccinale e di facilitazione all'informazione e all'accesso ai servizi.

- IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA

Anche la copertura vaccinale esavalente a 24 mesi riporta un importante crescita fra 2017 e 2018, con una performance che sfiora il valore soglia del 95%, sebbene risulti ancora in fascia di valutazione gialla (Romagna: 94,32% - Regione: 95,17%).

- IND0761 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)

















L'obiettivo risulta pienamente entro gli standard fissati dalla Regione, tuttavia l'adesione allo screening resta leggermente al di sotto della performance pianificata per il triennio 2018-2020 di raggiungimento del 77% della popolazione target.

- IND0170 - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate

Nel 2018 l'adesione allo screening colon rettale ha subito una contrazione sino a scendere al 50,72% di partecipazione, non raggiungendo l'obiettivo di performance aziendale di incremento nel periodo 2018-2020.

- IND0187 - % cantieri ispezionati

La performance anche sul 2018 risulta in diminuzione e l'obiettivo rientra in fascia di valutazione gialla. La pianificazione dei controlli per il 2019 prevede di rientrare in obiettivo nonostante l'ampliamento delle tipologie di cantieri che la normativa ha introdotto in itinere.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|---|
| IND0171 - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA | 88,42 | 91,87 | 93,47 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA | 50,79 | - | - |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | 92,53 | 94,32 | 95,17 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA | 9,87 | 9,02 | 9,44 |  | Mantenimento >=10 |
| IND0160 - % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare | 52,7 | - | - |  | Mantenimento >=50 |
| IND0161 - % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | 40,3 | - | - |  | Mantenimento >=37 |
| IND0761 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) | 74,43 | 74,52 | 69,54 |  | Mantenimento >=77 |
| IND0762 - % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) | 59,18 | 62,39 | 62,59 |  | Progressivo incremento |
| IND0763 - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) | 53,9 | 50,72 | 54,07 |  | Miglioramento |
| IND0173 - Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio | 64,67 | - | - |  | Progressivo incremento |
| IND0174 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari | 25,65 | - | - |  | Progressivo incremento |
| IND0175 - Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini | 88,85 | 89,93 | 92,09 |  | Progressivo incremento |
| IND0674 - Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni | 87,99 | 90,72 | 90,86 |  | Progressivo incremento |
| IND0187 - % cantieri ispezionati | 16,92 | 15,05 | 20,05 |  | Progressivo incremento |
| IND0408 - Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti | 96,6 | 99,92 | 100 |  | Mantenimento >=95 |
| IND0677 - Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni | 71,11 | 68,02 | 79,82 |  | Progressivo incremento |

Al momento della rilevazione non risultano disponibili per l'anno 2018 i dati relativi agli indicatori **IND0160**, **IND0161**, **IND0172**, **IND0173**, **IND0174**. Il periodo di rilevazione degli **IND0160** e **IND0161** è basato su un arco temporale pluriennale (2016/2018 vs 2015/2017).

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

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

Qualità sicurezza e gestione del rischio

OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015

Nel corso del 2016/2017, in coerenza con le linee guida regionali, è stato redatto il Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, approvato con delibera del Direttore Generale n. 41 del 09/02/2017 ed avente ad oggetto "SISTEMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO. PIANO PROGRAMMA GESTIONE DEL RISCHIO 2016 – 2018".

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 ed 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 di seminari ed incontri dedicati, ed è stata anche garantita l'adesione al **monitoraggio AGENAS** delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure.

L'Azienda ha altresì 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 della 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 poi attivato un gruppo di lavoro che ha elaborato la procedura aziendale "*Gestione Clinica dei Farmaci*", pubblicata ed operativa da inizio 2019.

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 inoltre 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, il Risk Management e la 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 la 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 e 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.

In tema di accreditamento, nel corso del 2018 l'Azienda ha intensamente lavorato in preparazione alla presentazione della domanda, incontrando tutti i direttori delle UU.OO. aziendali interessate, con i quali sono stati rivisti i requisiti specifici applicabili e predisposto l'autovalutazione sul loro possesso. Laddove si sono riscontrate criticità sono state pianificate e messe in campo le azioni compensative necessarie a ripristinare un adeguato livello di qualità.

L'UO Qualità e Governo Clinico, con la collaborazione di tutti i professionisti interessati, ha monitorato l'aggiornamento di tutta la documentazione necessaria, compresi il Manuale Qualità Aziendale e la Relazione ex post e la dichiarazione di possesso dei requisiti specifici vigenti.

La visita ispettiva di accreditamento istituzionale da parte dell'Agenzia Sanitaria regionale si è svolta a marzo 2019 e conclusasi con esito positivo.

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

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

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

La performance aziendale nel 2018 si è attestata al 40,05% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG rientranti nei LEA Chirurgici (fascia di valutazione rossa), in diminuzione rispetto al 41,16% del 2017 e decisamente al di sotto del dato medio regionale che è pari al 51,48%.

- IND0621 - Sepsì post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

- IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici













- IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria

Questi indicatori risultano ancora in fase di osservazione da parte della Regione, pertanto non ricevono una valutazione, tuttavia il risultato 2018 evidenzia valori in crescita rispetto al 2017 con conseguente non raggiungimento dell'obiettivo previsto di mantenimento/riduzione degli eventi negativi.

- IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario $\leq 0,19$ (Griglia LEA)

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 in 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.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio 2018-2020 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|---|
| IND0213 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 3,18 | 3,17 | 2,07 |  | Mantenimento |
| IND0214 - Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 49,38 | 42,44 | 29,87 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA | 0,24 | 0,22 | 0,2 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0210 - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA | 6,96 | 8,22 | 7,65 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0101 - Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti | 10,01 | 9,48 | 9,56 |  | In diminuzione |
| IND0621 - Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 7,43 | 7,91 | 6,38 |  | Trend di mantenimento/riduzione |
| IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 2,8 | 3,32 | 3,35 |  | |
| IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria | 22,05 | 23,2 | 21,74 |  | |
| IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti | 817,89 | 796,67 | 790,54 |  | Progressiva diminuzione |
| IND0125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici | 41,16 | 40,05 | 51,48 |  | Allineamento a standard LEA |
| IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS | 10,71 | 12,01 | 13,54 |  | Mantenimento |
| IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni | 6,3 | 6,19 | 4,85 |  | Progressiva riduzione |

4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2018 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.2 DGR 167/2015

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

Centralizzazione acquisti e logistica.

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

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

- *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 è 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 sopra soglia 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.

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.

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.

La verifica dell'indicatore relativo all'**Istituzione Sistema di Audit (Target: raggiungimento 100% adempimenti)**, conferma che l'Azienda USL della Romagna nel 2018 ha raggiunto il 100% degli adempimenti previsti.

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 work-flow 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 Regione.

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'adequata 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**

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)**

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 AUSL 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)**

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.3 DGR 167/2015

INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)

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.

- **% 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 prescrizione 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.

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.

Adempimenti dei flussi informativi

OBIETTIVO DI MANDATO 2.6 DGR 167/2015

Tutti gli obiettivi relativi al Sistema Informativo per l'anno 2018 sono stati raggiunti dall'Azienda USL Romagna, come emerso dalla riunione del tavolo regionale dei sistemi informativi del 22.03.2019 e desumibile dagli indicatori SivER pubblicati sul portale regionale.

Per tutto il 2018 c'è stata altissima attenzione alla tempestività e completezza di invio delle SDO in Regione, attraverso la predisposizione mensile di report per le Direzioni di Presidio al fine di favorire il monitoraggio ed un tempestivo intervento nei reparti critici.

Il dato di chiusura relativo alla tempestività di invio della SDO è risultato pari al 92,8%, 1 punto percentuale più alto rispetto la Regione e 3 punti percentuali in più rispetto al 2017 (Fonte: SivER). Anche il dato relativo all'aggiornamento delle informazioni precedentemente inviate è risultato

positivo concludendo con un valore pari a 4,2%, al di sotto dell'obiettivo fissato al 15% (e al di sotto della media RER pari a 7,4%).

Con riferimento alla **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.

4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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 USL 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%.

L'analisi degli indicatori regionali di valutazione della Performance (si veda la sottostante tabella) evidenzia il raggiungimento di risultati ottimali relativamente agli assolvimento degli obblighi di trasparenza. Mentre al momento della rilevazione non è disponibile il dato riferito alla percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovrazionali.

| <i>Indicatore</i> | <i>Valore Ausl Romagna 2017</i> | <i>Valore Ausl Romagna 2018</i> | <i>Valore Regionale 2018</i> | <i>Valutazione performance 2018</i> | <i>Target atteso nel triennio</i> |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| IND0405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza | 99,71 | 98,89 | 99,66 |  | Mantenimento ≥95 |
| IND0682 - % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali | 97,54 | - | - |  | Mantenimento ≥95 |

*Al momento della rilevazione non risulta disponibile per l'anno 2018 il dato relativo all'indicatore **IND0682***

5. Dimensione delle performance dell'innovazione e sviluppo

5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi strategici perseguiti nel 2018 riguardano:

Valorizzazione del capitale umano

OBIETTIVO DI MANDATO 2.7 DGR 167/2015

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

- dare attuazione alla procedura aziendale di valutazione delle risorse umane finalizzata alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance organizzativa e individuale. In 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 il vademecum delle azioni previste in ordine ai singoli punti indicati dall'OIV-SSR. In particolare, rispetto all'obiettivo "Applicazioni nuovi strumenti e percorsi di valutazione delle risorse umane finalizzati alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance", nel corso del 2018 è stata effettuata la valutazione della performance individuale anno 2017 per tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato. La valutazione è stata sintetizzata attraverso una scheda di valutazione, gestita tramite applicativo dedicato, contenente sia parametri relativi ai risultati, sia parametri relativi a comportamenti e competenze;
- a definire il consolidamento strutturale ed organizzativo dell'Azienda, attraverso una completata ricognizione, con successiva definizione ufficializzata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 387 del 11.10.2018, degli incarichi di Struttura Semplice ed Alta Professionalità per la dirigenza medica, veterinaria, sanitaria. Già nel corso del 2018 si sono attribuiti 21 incarichi di direzione di Struttura Complessa assegnati in coerenza con il suddetto impianto di riordino, mentre i restanti verranno progressivamente assegnati nel corso del 2019;
- progettare eventi formativi finalizzati a trasferire i contenuti teorici al contesto lavorativo e verifica sul campo dell'efficacia delle azioni formative realizzate quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativo. La misurazione del raggiungimento di tale obiettivo è stata realizzata attraverso l'analisi dei 7 corsi ritenuti maggiormente significativi, rispetto ai quali si è sempre osservata una conseguente ricaduta organizzativa e/o operativa sui servizi coinvolti. Per approfondimenti si rimanda al capitolo 5 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale", al paragrafo Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

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

- L'Anagrafe Regionale della Ricerca è stata regolarmente implementata.
- La riorganizzazione del Comitato Etico della Romagna è avvenuta nel rispetto delle modalità e 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) garantendone la continuità dei lavori. 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.
- Prosegue l'attività del Board Aziendale Ricerca e Innovazione, che si è regolarmente riunito in media una volta al mese valutandola fattibilità e l'opportunità di tutti i progetti di ricerca presentati.
- E' attivo un unico Ufficio Ricerca a supporto tecnico e metodologico di tutti i professionisti aziendali, armonizzando l'iter di istruttoria, autorizzazione dei progetti e stipula dei contratti.

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

A livello aziendale si è definito il seguente standard:

Regolare alimentazione dell'anagrafe regionale della ricerca

Nel corso del 2018, l'Azienda USL della Romagna ha assicurato l'accesso regolare all'applicativo, con un numero di schede inserite che risulta in linea con gli anni passati.

È attualmente in corso un ripensamento ed un ammodernamento del sistema al fine di migliorare la completezza e la tempestività dei dati. E' infatti in fase di realizzazione una piattaforma integrata tra il software di gestione dei progetti di ricerca finanziati dalla Regione, sviluppato dalla Rete informativa integrata con Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, e il nuovo applicativo unico di gestione della ricerca nelle Aziende sanitarie e Comitati etici. Il progetto nasce dall'idea di implementare in un unico strumento informatico progettato e sviluppato a livello regionale, i flussi di lavoro dei Comitati Etici (agenda e gestione delle sedute, monitoraggio, reportistica) e delle Infrastrutture aziendali della ricerca. Rispetto a tale obiettivo l'Azienda, per il tramite dell'Ufficio Ricerca Clinica e Organizzativa, ha partecipato ai lavori regionali richiesti per l'acquisizione e l'utilizzo della piattaforma. La sperimentazione, tuttavia, non è ancora stata avviata dal livello regionale.

6. Dimensione delle performance della sostenibilità

6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

Gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance sono:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.1 DGR 167/2015

Il bilancio di esercizio 2018, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario e corredato dalla Relazione sulla Gestione sottoscritta dal Direttore Generale, è stato redatto secondo le disposizioni di cui al D.lgs n. 118/2011 e s.m.i., richiamate anche dall'art. 9 della Legge Regionale n. 9 del 16.07.2018 (quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali - OIC, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione).

Il Consuntivo 2018 registra un utile di esercizio pari ad € 57.643 e rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 919 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati nella suddetta delibera regionale in tema di Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2018 il monitoraggio trimestrale relativo ai primi due trimestri e alla verifica straordinaria di 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.

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 54,19 giorni a fronte dei 61,79 giorni del 2017, 66,8 giorni del 2016, 72,65 giorni del 2015 e 80 giorni registrati nel 2014.

L'indicatore di tempestività dell'anno 2017 è quindi pari a – 5,81 giorni.

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 01.03.2013 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.

Infine, 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.

Governo delle risorse umane

OBIETTIVO DI MANDATO 2.5 DGR 167/2015

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).

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).

Rispetto alle relazioni con le Organizzazioni Sindacali, 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.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 4.3 dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

Politiche energetiche e mobilità sostenibile

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.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 4.10 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale - dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

6.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Economico-Finanziaria

La tabella sottostante, che riporta gli indicatori regionali di valutazione, evidenzia alcuni elementi critici nell'area della spesa pro-capite per l'erogazione dell'assistenza⁷. L'analisi dei dati relativi ai costi pro-capite, che si riferiscono agli anni 2016 e 2017 (in quanto sono le ultime rilevazioni disponibili in SivER), evidenziano per il 2017 un incremento della spesa pro-capite in Ausl Romagna, con un valore superiore anche al dato medio regionale. Tuttavia occorre sottolineare che tali quote fanno riferimento ai soli costi pro-capite aziendali (ossia escludendo la parte di contribuzione delle AOSP/AOSPU/IRCCS).





Ad ogni modo, va segnalato che l'incremento dei costi risulta generalizzato in tutte le Aziende della Regione, con la sola eccezione dell'Ausl di Modena.

In particolare, nel corso del 2017 in Romagna si riscontra un importante incremento nella spesa per l'assistenza distrettuale che passa da €. 1.045,86 a €. 1.086,59 per residente. Anche la spesa

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





per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro – seppur rimanendo nella fascia di valutazione verde – riporta un incremento di circa 5 euro pro-capite.

Viceversa, risulta in diminuzione la spesa per assistenza ospedaliera che da €. 662,86 del 2016 si attesta ad €. 639,42 nel 2017.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2016 | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Regionale 2017 | Valutazione performance 2017 | Target atteso nel triennio |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| IND0614 - Costo pro capite totale | 1.759,84 | 1.782,55 | 1.767,86 |  | Progressiva riduzione |
| IND0267 - Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 49,1 | 54,29 | 57,08 |  | Mantenimento |
| IND0616 - Costo pro capite assistenza distrettuale | 1.045,86 | 1.086,59 | 1.077,93 |  | Mantenimento |
| IND0615 - Costo pro capite assistenza ospedaliera | 662,86 | 639,42 | 632,84 |  | Mantenimento |

I dati dei costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza si riferiscono agli anni 2016 e 2017 (ultime rilevazioni disponibili in SivER)

I restanti indicatori di natura economica rilevati in SivER fanno invece riferimento al confronto fra gli anni 2018 vs 2017 ed evidenziano performance tendenzialmente in miglioramento rispetto agli standard prefissati in sede di programmazione.

| Indicatore | Valore Ausl Romagna 2017 | Valore Ausl Romagna 2018 | Valore Regionale 2018 | Valutazione performance 2018 | Target atteso nel triennio |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| IND0363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico | - | - | - |  | Mantenimento |
| IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza | 83,49 | 85,74 | 85,63 |  | Mantenimento |
| IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite | 162,54 | 160,81 | 165,21 |  | Mantenimento |
| IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti | 1,79 | -5,81 | - |  | Mantenimento |

Al momento della rilevazione non risulta disponibile per l'anno 2018 il dato relativo all'indicatore **IND0363**

6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

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

Il piano degli investimenti 2018 - 2020 è stato redatto secondo gli schemi specifici predisposti a livello regionale ed è stato allegato al Bilancio Economico Preventivo anno 2018 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 210 del 31.05.2018.

In ordine allo stato di avanzamento degli interventi realizzati nel 2018, tenuto conto che sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi e che sono state fornite informazioni dettagliate in riscontro alle richieste regionali sugli interventi in corso, si evidenzia, in coerenza con quanto trasmesso con specifica nota inviata in Regione, quanto segue:

- Sono stati conclusi nel corso dell'anno diversi interventi quali: Intervento AP63 "Ristrutturazione Casa della Salute Grande di Forlimpopoli"; Intervento H40 "Adeguamento normativa antisismica e prevenzione incendi ospedale di Forlì - Padiglione Vallisneri"; Intervento H38 "Brisighella, adeguamento funzionale ex ospedale"; Intervento AP67 "Opere di miglioramento strutturale e di potenziamento impiantistico dell'ospedale M. Bufalini di Cesena"; 1° Stralcio Intervento AP69 "Rimini - completamento DEA ospedale di Rimini".
- Un importante numero di interventi sono in fase di esecuzione avanzata: Intervento H36 "Ravenna adeguamento prevenzione incendi. Interventi strutturali PP.OO. e territoriale"; Intervento H37 "Ravenna, adeguamento prevenzione incendi PP.OO. impianti rilevazione incendi e diffusione sonora"; intervento S25 "Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie"; Intervento M21 "Adeguamento normativo PP.OO. Adeguamento alla norma CEI 81/10 sugli impianti di protezione delle scariche atmosferiche"; Intervento AP 64 "Forlì Adeguamenti normativi e funzionali ospedale Morgagni-Pierantoni"; Intervento 307 "Rimini - Dea adeguamento ampliamento"; Intervento CSM Rimini "Padiglione stampa - locali ad uso utenti CSM ex REMS - ospedale di Rimini".
- Alcuni interventi hanno subito rallentamenti in conseguenza dell'instaurarsi di procedure giudiziali ed extragiudiziali ed intervenute procedure concorsuali quali contenziosi in sede di espletamento della di gara d'appalto, contenziosi in fase di esecuzione, fallimento dell'Appaltatore. Si sta comunque procedendo al fine della loro conclusione: intervento AP57bis "Faenza Ampliamento e ristrutturazione del presidio ospedaliero di Faenza"; Intervento 304 "Padiglione materno-infantile, chirurgico e centrali tecnologiche ospedale di Lugo"; Intervento 303 "Faenza, adeguamento normativo ospedale, collegamenti verticali e nuovo PS"; intervento PB8 "Ampliamento e ristrutturazione del Pronto Soccorso dell'ospedale M. Bufalini di Cesena".

Per quel che riguarda l'intervento APB 24 "Adeguamento dei blocchi operatori e dotazione tecnologica", progetto rientrante nell'Accordo di Programma, con delibera n. 43 del 14.02.2018 è stato approvato ed ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 28 marzo 2018. Le procedure per le relative aggiudicazioni sono in fase di conclusione nel rispetto delle scadenze prestabilite.

Per quanto riguarda gli interventi di Riqualificazione Energetica, inseriti nel piano degli investimenti, Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione, sigla 2017/20-a e Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna, sigla 2017/21- a, nel corso 2018, a seguito dell'ammissione al co-finanziamento POR FESR 2014/2020 sono state espletate le procedure di gara, sono stati stipulati i relativi contratti e sono iniziati i lavori.

Per la PREVENZIONE INCENDI, con riferimento al monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), 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.

Per la PREVENZIONE SISMICA, in riferimento alle azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica 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.

L'intervento NUOVO OSPEDALE DI CESENA è stato inserito nel piano degli investimenti, scheda n. 2, sigla 2018/7, allegato al bilancio preventivo 2018 approvato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL della Romagna n. 210 del 31.05.2018. Con delibera di Giunta Regionale n. 1145 del 16/07/2018, nel prendere atto della delibera aziendale di approvazione progetto di FTE 1^ fase del Nuovo ospedale di Cesena, è stato disposto di destinare all'Azienda Usl Romagna risorse pari a € 12.000.000,00 per il finanziamento delle fasi di progettazione dell'intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale di Cesena.

TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Il piano investimenti 2018 relativo alle tecnologie biomediche è stato improntato per garantire la continuità delle attività cliniche ed il rispetto delle condizioni economiche che il contesto aziendale ha richiesto; complessivamente - considerando tutte le tipologie di finanziamento - sono stati investiti in tecnologie biomediche oltre 11.700.000 euro.

Sono state portate a termine le acquisizioni previste nel programma finanziato attraverso l'ex art.20 (int. APb25 - Ammodernamento sistemi e tecnologie di diagnostica per immagini) con l'aggiudicazione della RMN 1,5 T che sarà installata entro il 2019 presso la Radiologia dell'ospedale di Forlì.

Sono altresì proseguite tutte le attività e le procedure di gara per le acquisizioni previste dal finanziamento ex art.20 int. APb24 che prevede l'acquisizione per tecnologie per Sale Operatorie per tutti gli ambiti e le tecnologie necessarie al completamento del DEA di Rimini.

Con l'utilizzo dell'ultima trancia del finanziamento regionale S26 (portatosi così a conclusione) è stata acquisita ed installata una ulteriore polifunzionale digitale presso l'ospedale di Cervia.

Per quanto concerne la chirurgia endoscopica è stata avviata la gara per il noleggio delle attrezzature di tutte le endoscopie digestive (sarà in conclusione per il 2019) mentre sono state sostituite ottiche rigide per tutte le chirurgie per un valore superiore a 600.000 euro.

Si riportano di seguito alcune delle principali tecnologie acquisite:

- Angiografo digitale radiologia Forlì e Neuroradiologia Cesena;
- Attrezzature laboratorio galenica;
- Tomografo computerizzato neuroradiologia Cesena, ospedale di Lugo e Ravenna;
- Sistemi e tecnologie per Anatomia patologica;

- Telecomandati digitali per gli ambiti di Cesena, Rimini e Ravenna;
- Sistemi radiologici polifunzionali;
- Attrezzature per ORL;
- Ecografi ed attrezzature per il rientro dei professionisti negli ambiti aziendali per lo svolgimento della LP;
- Acquisizioni di numerosi frigoriferi biologici e congelatori per il rinnovamento della linea freddo;
- Attrezzature dedicate per il centro laboratori di Pievesestina, spettrometro di massa, analizzatori, ecc...

7. Conclusioni

Nei vari capitoli del presente documento abbiamo reso conto delle azioni e degli interventi realizzati per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 919/2018) e più in generale degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda. Gli stessi indicatori individuati dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna - quali elementi su cui valutare in maniera omogenea le performance conseguite dalle Aziende del territorio regionale - mostrano una situazione che può definirsi positiva per l'Azienda USL della Romagna per la maggior parte dei settori cui si riferiscono.

Si sono consolidati il positivo risultato di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche ed il rispetto dei tempi standard di accesso per i ricoveri chirurgici (oncologici in primis), sempre nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Sul versante del consumo di risorse in Romagna è proseguita la progressiva diminuzione della spesa farmaceutica pro-capite convenzionata e territoriale, con valori consolidatisi al di sotto della media regionale, e si è contenuto l'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera entro i parametri di crescita prefissati in programmazione.

Positivi sono stati anche i risultati conseguiti nell'alveo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica, mentre settori quali le coperture vaccinali, l'attività chirurgica in Day Surgery, l'appropriatezza dei regimi di ricovero, l'assistenza domiciliare ed il consumo di antibiotici richiedono ulteriori azioni volte ad un accrescimento delle performance.

Nel corso del 2019, contestualmente al proseguo del lavoro di consolidamento delle performance positive raggiunte, sono state inserite al centro della programmazione le criticità che ancora permangono, così come la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica, l'equità nell'accesso ai servizi ed il superamento delle differenze nei comportamenti, nelle modalità operative e nell'erogazione delle cure. Temi in particolare affrontati attraverso lo sviluppo dei gruppi multiprofessionali e multidisciplinari che coinvolgono sia l'ospedale sia il territorio e che la Direzione Aziendale ha promosso e continua a promuovere per la crescita e la realizzazione di percorsi e di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), volti a rispondere ai bisogni della popolazione assistita in maniera sempre più possibile omogenea e coordinata, riducendo così la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico.

La strutturazione di tali percorsi in maniera univoca a livello aziendale risponde alla necessità di sviluppare e migliorare i servizi di cura per le patologie oncologiche, le problematiche cardiache, le patologie croniche, la continuità assistenziale e le dimissioni protette, le cure palliative, il percorso nascita, l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico, l'area della salute mentale, le attività di donazione d'organi, tessuti e cellule, lo stroke, l'emergenza/urgenza che richiedono un modello organizzativo multidisciplinare e di gestione clinica integrata.

La politica aziendale punta con forza all'integrazione professionale in tutti i percorsi di presa in carico dei pazienti, dove multidisciplinarietà e cura devono rappresentarne le parole chiave.

Sul versante dell'Area Amministrativa e Tecnica, oltre alla tempestiva e congrua definizione della programmazione annuale in tema di manutenzioni ed investimenti, politiche del personale e sviluppo del sistema informativo aziendale, gli interventi si concentreranno prioritariamente sugli adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali, sulla regolazione dei rapporti con i produttori privati, sulla mobilità internazionale e sulla riorganizzazione del percorso sugli acquisti e la logistica dei beni per garantire sempre maggiore trasparenza dei percorsi e precisa definizione dei fabbisogni.

Sul versante dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, proseguirà l'impegno nell'attuazione degli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (rimodulato e prorogato sino al 31 dicembre 2019) assicurando altresì, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo, il consolidamento dei programmi di screening oncologici e l'implementazione e monitoraggio del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

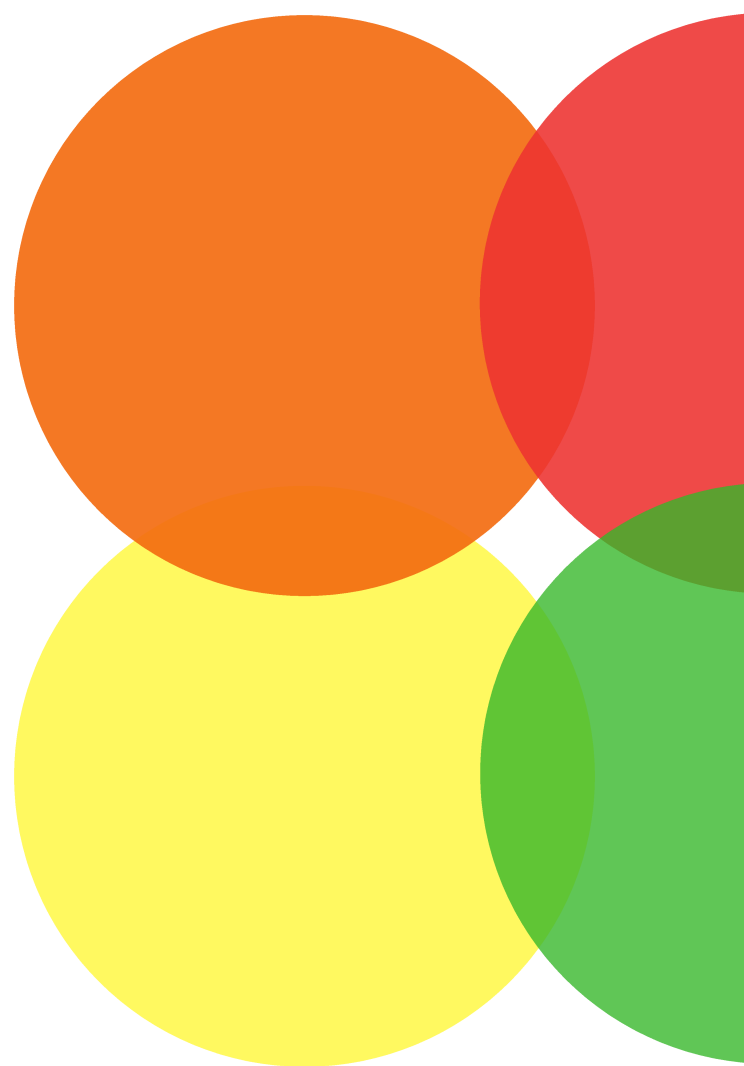
Nell'ambito della sicurezza alimentare particolare attenzione viene posta al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato (PRI) che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Nello specifico, il territorio romagnolo è caratterizzato da un notevole impulso dell'avicoltura organizzata in filiera e dalla presenza dei primari stabilimenti di macellazione che operano sia nel mercato nazionale sia in quello internazionale. Questo richiede il massimo impegno e la massima integrazione tra le Unità Operative veterinarie per assicurare i controlli su tutta la filiera produttiva.

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

8. Allegati

Alla presente Relazione sulla Performance è allegata la ***“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”*** (che correda la Relazione sulla Gestione a completamento del Bilancio di Esercizio 2018 dell’AUSL della Romagna).

Il documento contiene tutte le informazioni relative alle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018.



Insieme, *sulle vie della cura*