

Relazione sulla Performance 2019 - Allegato 1

Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 977/2019)

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nella **DGR n. 977/2019** “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019” evidenzia quanto segue, sulla base di quanto specificamente indicato nell’Allegato B della già citata DGR 977/2019 avente oggetto “*Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2019*”.

Si precisa che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell’Allegato B della DGR 977/2019.

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Locale Attuativo dell’Ausl della Romagna relativo al Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (prorogato per il 2019) è proseguito nella sua realizzazione nel rispetto delle modalità e delle tempistiche attese.

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

- il coordinamento dei programmi del Piano Locale Attuativo della Ausl Romagna assicurando il supporto tecnico alla comunicazione e il monitoraggio dei risultati;
- l’attuazione di iniziative volte alla valutazione dell’equità negli strumenti di programmazione;
- l’organizzazione di iniziative formative per operatori sanitari, la produzione di studi e report su equità e disuguaglianze e all’applicazione di strumenti per la valutazione dei programmi (Equality Impact Assesment - EqIA) e la progettazione di interventi di promozione della Equità (HEA - Health Equity Audit);
- la partecipazione alle iniziative regionali (progetti, studi e incontri);
- la collaborazione alla predisposizione di un Profilo di Salute della Regione Emilia Romagna;
- la prosecuzione del progetto “Guadagnare in Salute nella Casa della Salute”, con l’obiettivo di migliorare le competenze degli operatori delle Case della Salute e dei Dipartimenti Territoriali nel counselling motivazionale per facilitare il cambio dei comportamenti degli assistiti e promuovere l’organizzazione di iniziative nella comunità che aiutino il cittadino a adottare stili di vita salutari e connetterle alle attività delle Case della Salute, creando sinergie tra le programmazioni dei dipartimenti territoriali sui temi di guadagnare salute per evitare duplicazioni e potenziare l’uso efficiente ed efficace delle risorse.

Indicatore e target:

La verifica intermedia sui 52 indicatori sentinella per cui l’obiettivo assegnato dalla Regione è di raggiungere in almeno 49 di essi uno standard di implementazione superiore all’80% non ha evidenziato particolari criticità. Nel dettaglio:

- **Setting 1** - 7 indicatori sentinella, tutti raggiunti al 100%;

- **Setting 2** - 11 indicatori sentinella, 10 raggiunti al 100%. Per quanto riguarda l'indicatore 2.17, anche nel 2019 si sono ripresentate le criticità già segnalate nel 2018. Per la realizzazione dell'obiettivo erano necessari adeguamenti degli applicativi locali per l'integrazione al sistema regionale ORSA completati solo a ottobre 2019 e, nell'applicativo regionale, lo sviluppo informatico di modalità di interrogazione e reportistiche che non sono stati messi a disposizione per tutto il 2019. Questi limiti informatici non hanno consentito di realizzare la verifica della qualità dei dati presenti in ORSA da parte delle AUSL. La valutazione della qualità dei dati presenti in ORSA è stata tecnicamente impedita dal mancato sviluppo di componenti degli applicativi locali e dell'applicativo regionale. Come negli anni passati persistono criticità condizionate da fattori che non sono completamente sotto il controllo del Servizio Sanitario Regionale e che in questo caso hanno condizionato fortemente l'attività misurata dall'indicatore sentinella;
- **Setting 3** - 8 indicatori sentinella, tutti raggiunti al 100%;
- **Setting 4** - 4 indicatori sentinella raggiunti al 100%. Gli altri obiettivi di cui agli indicatori 4.2 e 4.4 non risultano raggiunti per mancata attivazione dei progetti sottesi. L'obiettivo 4.8 è raggiunto all'80%;
- **Setting 5** - 10 indicatori sentinella, tutti raggiunti al 100%.
- **Setting 6** - 10 indicatori sentinella, tutti raggiunti a più del 98%.

1.2. Sanità Pubblica

1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi

Il DSP ha proseguito nel lavoro volto a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP (PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla salute, HBSC).

L'Azienda USL della Romagna si è inoltre impegnata, in collaborazione con ARPAE e con il Comune di Forlì, nella realizzazione di uno Studio descrittivo sullo stato di salute della popolazione residente nell'area urbana del Comune di Forlì.

In relazione alle interviste PASSI – il cui obiettivo è di effettuare almeno il 95% delle interviste programmate nell'anno entro febbraio 2020 – è stato mantenuto il trend costante nel corso dell'anno e a febbraio 2020 risultano completate 877 interviste sulle 880 preventivate.

Nell'ambito del sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute" nei mesi di aprile-maggio 2019 è stata condotta la 6^a rilevazione di dati antropometrici ed informazioni circa le abitudini alimentari e motorie su un campione di bambini di 8-9 anni in 94 terze classi di scuole primarie del territorio romagnolo, con somministrazione di questionari anche a genitori, insegnanti e dirigenti scolastici e successivo inserimento dei dati nella piattaforma ministeriale.

HBSC non è stato oggetto di indagine nel 2019.

Per quanto concerne il registro regionale di mortalità, la circolare regionale n. 7 del 2003 pone due endpoint per l'aggiornamento dell'archivio delle cause di morte relativamente a ciascun anno in corso:

- 31 ottobre per i decessi avvenuti nel primo semestre;
- 31 marzo dell'anno successivo per il restante periodo.

Al 31 marzo 2019 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio relativo all'anno 2018.

Al 31 ottobre è stato completato l'aggiornamento dell'archivio con i dati relativi al primo semestre 2019.

Si evidenzia che tutti i dati e i flussi attivati confluiscono sull'applicativo unico regionale in tempo reale.

1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

L'Azienda USL ha assicurato, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo.

In particolare:

- è stata garantita l'adesione al programma SMI e al sistema regionale ALERT nei tempi e nei modi richiesti, con inclusione delle nuove malattie e delle infezioni emergenti;
- ha assicurato il tempestivo invio dei flussi informativi già attivi per le malattie soggette a sorveglianza specifica. Quest'ultima attività viene realizzata in modo integrato con le UU.OO. Ospedaliere coinvolte e con il Laboratorio Analisi di riferimento, per assicurare il massimo controllo delle malattie socialmente rilevanti o che richiedono provvedimenti urgenti verso la collettività (TB, meningiti batteriche, MTA) e delle malattie trasmesse da vettori mediante l'applicazione delle linee guida regionali specifiche e dei protocolli locali.

Indicatori e target:

n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

Al 31 dicembre sono stati notificati 80 casi (dengue, Zika, chikungunya) tutti regolarmente testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM e tutti inseriti nel sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive).

% Strutture turistico-recettive esistenti/strutture turistico-recettive controllate; target = > 5%.

Al 31 dicembre sono state controllate 340 strutture ricettive rispetto alle 3.911 presenti, pari all'8.7%.

1.2.3. Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio legge 119/2017 inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

Implementazione nuove vaccinazioni dei minori

Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, comprese le nuove vaccinazioni introdotte dal PNPV è stata regolarmente attuata la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target. Inoltre, sono proseguite le azioni di recupero di coloro che, dall'entrata in vigore della legge n. 119/2017, risultano ancora parzialmente o totalmente inadempienti.

Indicatore e target:

Copertura per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (valutate al 24° mese): obiettivo >95%

Le coperture, per disposizione regionale, vengono calcolate e pubblicate solamente dalla Regione. Alla data del 25.05.2020 su InsidER non sono ancora pubblicati i risultati 2019.

Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazzi della coorte di nascita 2006: obiettivo >60%

Le coperture, per disposizione regionale, vengono calcolate e pubblicate solamente dalla Regione. Alla data del 25.05.2020 su InsidER non sono ancora pubblicati i risultati 2019.

Implementazione nuove vaccinazioni degli adulti

A partire dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione contro lo pneumococco della coorte dei sessantacinquenni, la quale prevede la somministrazione del vaccino coniugato 13valente al compimento dei 65 anni e la somministrazione del vaccino 23valente l'anno successivo. Secondo le indicazioni regionali, la vaccinazione è affidata ai medici di Medicina Generale che la effettuano nei propri studi in concomitanza con la vaccinazione antiinfluenzale, mentre il Servizio Igiene e Sanità Pubblica è tenuto ad inviare a tutti i soggetti della coorte dei 65enni una lettera per illustrare la proposta di vaccinazione e invitare i cittadini a richiederla al proprio MMG. Contestualmente, ai MMG sono stati consegnati i vaccini necessari alla vaccinazione dei propri assistiti.

L'Azienda USL della Romagna, inoltre, ha proceduto alla chiamata attiva dei 65enni (nati nel 1954) per la vaccinazione contro l'Herpes Zoster. La vaccinazione è stata eseguita negli ambulatori vaccinali dei Servizi Igiene Pubblica. Presso gli stessi ambulatori è proseguita anche l'offerta per la vaccinazione antipertosse delle donne in gravidanza per proteggere il neonato nei primi mesi di vita, prima cioè di poter ricevere a sua volta la vaccinazione. Nel 2019, visti i casi di morbillo verificatisi a Rimini e a Ravenna, l'Azienda USL ha lanciato una campagna straordinaria di vaccinazione antimorbillosa con chiamata attiva dei giovani adulti non vaccinati e promozione della vaccinazione agli utenti di diversi servizi aziendali (genitori dei bambini che accedono agli ambulatori vaccinali pediatrici e agli ambulatori di medicina dello sport, giovani donne in occasione dello screening, ecc...).

Indicatore e target:

copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni: obiettivo $\geq 55\%$.

La vaccinazione della coorte dei 65enni è stata eseguita in concomitanza con la campagna antinfluenzale. I dati definitivi sull'adesione non sono al momento disponibili.

1.2.4. Programmi di screening oncologici

In relazione agli screening oncologici, è stata assicurata la corretta progressione degli inviti nella popolazione per tutti e tre i programmi in ogni ambito territoriale dell'Ausl della Romagna, eccetto un ritardo nel rispetto della progressione dello screening colon rettale sull'ambito di Forlì (92,4% vs std. RER 95-100%) e sull'ambito di Ravenna (93,9% vs std. RER 95-100%).

L'adesione dei residenti in Ausl della Romagna raggiunge gli standard desiderabili previsti per lo screening del collo dell'utero (62,6% vs std. desiderabile $\geq 60\%$ vs std. accettabile $\geq 50\%$) e mammografico (73,6% vs std. desiderabile $\geq 70\%$ vs std. accettabile $\geq 60\%$); invece lo screening colon rettale (52% vs std. desiderabile $\geq 60\%$ vs std. accettabile $\geq 50\%$) raggiunge di poco lo standard accettabile e quindi la performance necessita di azioni di miglioramento, soprattutto sugli ambiti territoriali di Forlì e Cesena.

Le rilevazioni, sia per gli inviti che per l'adesione, fanno riferimento alle schede puntuali regionali al 31.12.2019 per gli screening cervicale e mammografico e alle schede puntuali regionali al 30.11.2019 per lo screening colon-rettale.

Screening cervicale		Ravenna	Forlì	Cesena	Rimini	TOTALE ROMAGNA
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening cervicale	95-100%	99,2%	98,6%	99,3%	100%	99,4%

Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥50%	66,4%	58,2%	65,8%	58,8%	62,6%
	Des.bile: ≥60%					

Screening mammografico			Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	TOTALE ROMAGNA
Indicatori di processo	Standard						
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening mammografico	95-100%	45-49 anni	99,5%	97,7%	97,9%	99,7%	99,0%
		50-69 anni	99,8%	96,9%	99,4%	99,9%	99,3%
		70-74 anni	99,8%	99,8%	99,4%	100,0%	99,8%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥60%	45-49 anni	71,8%	73,2%	74,8%	73,7%	73,2%
		50-69 anni	75,2%	76,2%	74,0%	70,0%	73,5%
		70-74 anni	77,1%	78,8%	73,8%	71,2%	75,2%

Screening colon-rettale		Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	TOTALE ROMAGNA
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening colon retto	95-100%	93,9%	92,4%	95,7%	98,1%	95,3%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥50%	53,6%	47,8%	50,7%	53,3%	52,0%
	Des.bile: ≥60%					

Si sottolinea che in questo percorso l’Azienda pone particolare attenzione a favorire l’adesione dei gruppi di popolazione più svantaggiati. A tal proposito, le lettere ed i materiali informativi sono stati semplificati nel linguaggio per favorire la comprensione delle persone con livello di studio inferiore.

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

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

Il DSP ha mantenuto il controllo delle imprese con interventi di vigilanza nella misura prevista dalla programmazione regionale, ossia pari ad almeno il 9% delle attività esistenti, mantenendo altresì elevato il livello di controllo sui cantieri edili ed in particolare sui cantieri di rimozione amianto, attraverso la programmazione delle verifiche su oltre il 25% dei piani di bonifica amianto presentati.

A questa attività hanno contribuito le UU.OO. Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica con il controllo di almeno il 10% delle Unità Locali. E' inoltre in progress l’attività di prevenzione e promozione prevista dal PRP, con una particolare attenzione verso le azioni strutturate di assistenza e formazione realizzate nelle scuole (azioni peraltro sostenute da un protocollo di intesa siglato con gli Istituti scolastici ad indirizzo edile e con la Scuola Edili della provincia di Ravenna) dirette sia agli insegnanti, sia agli studenti e finalizzate

all'incremento della cultura della sicurezza dei futuri lavoratori (anche con strumenti operativi quali l'ottenimento del modulo A per RSPP) e allo sviluppo di maggiori capacità (tramite informazioni e buone prassi) per far fronte agli adempimenti connessi al D.Lgs 81/2008.

Sono proseguiti gli interventi integrati con gli altri Enti raggruppati nelle Sezioni Permanenti, portando avanti il piano di attività definito in sede di Coordinamento Romagnolo delle Sezioni Permanenti e il Progetto "Porto" che vede da due anni un significativo incremento dell'attività di vigilanza sulle imprese che operano nell'ambito portuale di Ravenna.

Indicatori e target:

% aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$ delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo

Al 31 dicembre sono state ispezionate 4.693 aziende sulle 56.576 esistenti, con una copertura pari al 8,3% leggermente inferiore all'obiettivo regionale.

n. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08): $\geq 15\%$

Nel corso del 2019 è stato controllato il 25,4% dei cantieri con piano di rimozione amianto (506 cantieri controllati/1.989 piani amianto e notifiche presentati).

informazione e formazione: n° iniziative di informazione e formazione realizzate su iniziative programmate: $\Rightarrow 80\%$

Al 31 dicembre sono state portate a termine tutte le iniziative programmate ossia 13 iniziative effettuate su 13 programmate.

1.2.6. Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio-sanitarie

Dal 2016 l'Azienda assicura - attraverso il DSP - un piano di controlli delle strutture socio-assistenziali non soggette ad autorizzazione al funzionamento, verificando ogni anno il 50% delle case famiglia presenti nel territorio di competenza. A questo si sono aggiunti nel 2019:

- il controllo, in accordo con gli Uffici di Piano, delle strutture residenziali non accreditate per anziani e disabili che non sono inserite in altri percorsi di controllo (obiettivo 50% ogni anno);
- il controllo del 20% delle strutture accreditate per ciascun Ambito territoriale, nonché il 30% delle strutture socio-assistenziali per la salute mentale in collaborazione con il DSM-DP.

Indicatori e target:

implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie: target 100% delle strutture autorizzate/anno

L'aggiornamento dell'anagrafe regionale è stato assicurato per tutte le 340 strutture sanitarie autorizzate con il massimo della tempestività.

% case famiglia controllate: almeno 50% ogni anno

A consuntivo 2019 sono state sottoposte a controllo 148/223 case famiglia, pari al 66,4% delle esistenti. A queste si è aggiunto il controllo del 43,6% delle strutture autorizzate e non accreditate per anziani e disabili (61/140) e del 22,7% delle strutture accreditate (29/128).

1.3. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3.1. Piano Regionale Integrato

Nell'ambito della sicurezza alimentare particolare attenzione viene posta al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato (PRI) 2016-2018. Il DSP ha implementato un sistema di monitoraggio degli indicatori del PRI e una reportistica periodica (trimestrale) circa lo stato di attuazione degli obiettivi.

Indicatori e target:

% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo: 100% - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL

Gli indicatori del Piano Regionale Integrato sono stati costantemente monitorati con cadenza trimestrale.

Al 31 dicembre 2019, tutti i 13 indicatori sentinella hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato, pertanto l'obiettivo risulta raggiunto al 100%.

% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo 80% - Fonte dati: sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL

Gli indicatori del Piano Regionale Integrato sono stati costantemente monitorati con cadenza trimestrale.

Al 31 dicembre 2019, 145 indicatori su 166 hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato, pari all'87,3%.

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

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

Indicatori e target:

% degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno; obiettivo 100% - Fonte dati sistema: SEER dell'IZSLER

Il numero totale degli allevamenti controllati nel 2019 è stato di 783 su 783 soggetti al controllo, pertanto l'obiettivo risulta raggiunto al 100%.

% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN; obiettivo 80% - Fonte dati: sistema SISVET di VETINFO

I controlli sierologici caricati sul sistema SANAN sono risultati 750 su 783 eseguiti, pari al 95,7 %.

% aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette a controllo; obiettivo 3% - Fonte dati: portale nazionale VETINFO "Statistiche"

A fine anno 2019 il numero di aziende controllate rispetto alle aziende soggette a controllo rappresentava il 5,3%, rispetto allo standard richiesto del 3%.

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

I controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale sono stati realizzati nel rispetto della programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari.

Indicatori e target:

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

Gli indicatori del Piano Regionale Integrato sono stati monitorati con cadenza trimestrale. Al 31 dicembre risultavano eseguiti 472 campioni sui 365 programmati, pertanto andando oltre lo standard prefissato in sede di programmazione.

1.3.4. Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA

Indicatori e target:

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

I servizi veterinari dell'Azienda USL sono impegnati a garantire la qualità e la completezza dei dati inseriti nel sistema regionale ORSA. Tuttavia, va rilevato che anche nel 2019 si sono ripresentate le criticità già segnalate nel 2018. Per la realizzazione dell'obiettivo erano necessari adeguamenti degli applicativi locali per l'integrazione al sistema regionale ORSA completati solo a ottobre 2019 e, nell'applicativo regionale, lo sviluppo informatico di modalità di interrogazione e reportistica che non sono stati messi a disposizione per tutto il 2019. Questi limiti informatici non hanno consentito di realizzare con la dovuta accuratezza la verifica della qualità dei dati presenti in ORSA da parte delle AUSL. Infatti, la valutazione della qualità dei dati presenti in ORSA è stata tecnicamente impedita dal mancato sviluppo di componenti degli applicativi locali e dell'applicativo regionale.

1.3.5. Tutela del benessere animale

Indicatori e target:

% controlli ufficiali effettuati= (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1); target: >=95%.

Obiettivo raggiunto con oltre il 37% (target 20%) degli impianti di allevamento controllati e 81% degli stabilimenti di macellazione (target 10%).

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

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

Indicatori e target:

copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target >=34%, o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 34% di copertura

La copertura vaccinale degli operatori sanitari AUSL Romagna nella campagna vaccinale antinfluenzale anno 2018/19 è stata pari al 31,1%. I dati della campagna 2019/2020 sono in fase di analisi.

operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio: target >=95%

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

report sulle azioni realizzate; % azioni realizzate su quelle programmate: target \geq 80%

L'attività è stata realizzata nel rispetto della programmazione.

2. Assistenza Territoriale

2.1. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'azienda ha redatto il Programma aziendale di **contenimento dei tempi di attesa** per il triennio 2019-2021 (inviato al livello regionale in data 20.06.2019 con prot. n° 0161039/P) in ottemperanza alla DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21.02.2019); tale programma è stato presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nel mese di settembre 2019.

In collaborazione con le UU.OO. tecniche coinvolte ed in accordo con i tavoli regionali che si occupano della materia, si è programmata l'implementazione delle modifiche al flusso ASA e la predisposizione degli applicativi DEMA con le nuove regole prescrittive ed il pieno utilizzo del catalogo Sole. Infine, si stanno portando avanti incontri tecnici con la ditta fornitrice della procedura informatica di prenotazione CUP al fine di implementare le modifiche coerenti alle nuove indicazioni (tipo accesso, priorità modificate, ecc...). In autunno si sono svolti incontri formativi per i prescrittori e gli operatori addetti alle prenotazioni.

Indicatore e target:

Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B e D, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale) - obiettivo: $\geq 90\%$

L'indice di performance prospettico nelle rilevazioni regionali ex ante (valutato attraverso il flusso MAPS2 che monitora settimanalmente 42 visite ed esami diagnostici) evidenzia per i primi accessi con priorità D che per il 2019 l'Azienda ha prodotto risultati superiori allo standard (visite con prenotazione assegnata entro 30 giorni dalla richiesta: 99,94%; esami diagnostici con prenotazione assegnata entro 60 giorni dalla richiesta: 99,9%, rispetto ad uno standard $\geq 90\%$). Anche sui primi accessi con priorità B (urgenze differibili) l'indice di performance prospettico rivela per il 2019 il raggiungimento dell'obiettivo, con un risultato pari al 95,89% delle prenotazioni entro i 10 giorni previsti, con un netto miglioramento rispetto al 67,87% del 2018 (Fonte: SIVER).

I risultati raggiunti - di mantenimento sui primi accessi D e di miglioramento sui primi accessi B - sono stati ottenuti con una azione di revisione puntuale della committenza alle strutture private accreditate, unitamente ad una azione di mantenimento ed in alcuni casi di impulso delle prestazioni aggiuntive pubbliche in regime di Simil-Alpi.

Per quanto concerne il dato più generale circa la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità, per le prestazioni con classe di priorità B l'azienda sta mantenendo l'obiettivo di una performance \geq al 90% di prestazioni erogate entro i 10 giorni previsti, mentre per le prestazioni con priorità D quelle erogate entro i termini di garanzia sono state il 73,1%, in linea col dato 2018 ma al di sotto della media regionale attestatasi all'80,8% (Fonte: SIVER). Le prestazioni oggetto di tale monitoraggio attivato nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (desunte dalle stesse 42 prestazioni monitorate per i primi accessi) sono:

- Visita oculistica: 95.02
- Mammografia: 87.37.1, 87.37.2
- TAC torace: 87.41, 87.41.1
- Ecocolordoppler: 88.73.5, 88.77.2, 887621
- RM colonna: 88.93, 88.93.1
- Ecografia ostetrica e ginecologica: 88.78, 88.78.2, 88.79.7
- Visita ortopedica: 89.7B.7
- Visita cardiologica: 89.7A.3

Sul versante della **appropriatezza e congruità prescrittiva** è stato mantenuto attivo il tavolo aziendale di condivisione dei criteri di appropriatezza tra MMG e specialisti che nel 2019 ha implementato le indicazioni per le seguenti prestazioni specialistiche:

- RMN multiparametrica della prostata;
- visita urologica prioritaria (revisione);
- modulistica di accompagnamento richiesta TC e RMN con mezzo di contrasto (modulo anamnestico del MMG e informativa - revisione);
- RAST alimenti;
- RAST inalanti;
- RAST imenotteri/farmaci/professionali.

Come di consueto, le indicazioni alla corretta prescrizione sono state integrate nei software di cartella dei MMG della Romagna (con l'eccezione della cartella Profim) e notificati in via protocollata a tutti i direttori delle UU.OO. Ospedaliere.

Rispetto alla **presa in carico da parte dello specialista**, l'azienda ha coinvolto su tale obiettivo i Dipartimenti/UU.OO anche in seno agli obiettivi di budget che, per il 2019, prevedevano un potenziamento delle azioni che vanno in tale direzione, in specie laddove si sono strutturati percorsi clinici multi-professionali. Si sta completando la mappatura delle agende autogestite, anche per favorire una capacità produttiva adeguata alla domanda interna in incremento rispetto alla casistica della presa in carico. Tale processo è lungo e articolato e passa altresì per la scelta di adottare un unico applicativo aziendale, cosa che non è stata tutt'ora messa in campo ma che, anche in applicazione del programma aziendale di contenimento dei tempi di attesa, dovrà essere oggetto di approfondimento con le UO tecniche coinvolte.

Indicatore e target:

Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA): > = 70%

Nel corso del 2019 l'azienda ha raggiunto il 70,07% di prescrizioni di visite di controllo da parte dello specialista (in crescita rispetto al 68,5% del 2018) in linea col target richiesto ma ancora al di sotto del valore medio regionale giunto al 76,25. Da sottolineare che ci sono stati andamenti disomogenei fra dipartimenti ma che, ad ogni modo, l'indicatore è stato tenuto sotto stretto monitoraggio essendo obiettivo di budget 2019 per tutti i dipartimenti di area clinica.

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo: >=55%

Il valore dell'indicatore relativo alla prenotazione diretta dei controlli da parte dello specialista/struttura che ha in carico il paziente non è attualmente disponibile in forma strutturata e puntuale, anche in conseguenza delle presenza di agende autogestite non ancora completamente informatizzate ma sulle quali si sta lavorando per renderle efficienti e performanti. Ad ogni modo, dai dati disponibili si riscontra un trend positivo dell'indicatore, come già osservato nel 2018.

L'Azienda USL della Romagna prosegue nella diffusione delle indicazioni normative **sull'obbligo di disdetta** (DGR 377/2016), attraverso un costante aggiornamento dell'informativa all'utenza, e nell'applicazione e monitoraggio delle sanzioni conseguenti alle mancate disdette (al 31 agosto 2019 risultano inviati 19.744 verbali di notifica della sanzione).

Indicatore e target:

numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente – obiettivo: riduzione nel 2019 rispetto al 2018

Le analisi dei dati evidenziano un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente, in linea con l'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative regionali fissate per il 2019.

Numero disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) – obiettivo: incremento nel 2019 rispetto al 2018

Le analisi dei dati evidenziano un trend in aumento rispetto all'anno precedente, in linea con l'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative regionali fissate per il 2019.

Per quanto concerne l'obiettivo di **inserimento sul CUPWEB** di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on-line si conferma il dato del consuntivo 2018.

Indicatore e target:

Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%): >=85%

Sul canale CUPWEB già dal 2018 risultano inserite il 93% delle prestazioni di primo accesso prenotabili a sportello, che risultano confermate, non essendo intervenute ulteriori modifiche nel corso del corrente anno. Tale valore deriva da un denominatore condiviso con l'Osservatorio Regionale che detta le linee guida per ottenere omogeneità e confrontabilità su tale argomento.

2.2. Assistenza territoriale

Nel 2018 la Regione Emilia-Romagna e le organizzazioni sindacali dei medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie hanno siglato l'accordo integrativo regionale (DGR 330/2018) che prevedeva che le Aziende istituissero le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) entro 120 giorni dalla adozione del regolamento aziendale sul funzionamento delle AFT.

Indicatore e target:

Adozione del regolamento per il funzionamento interno delle AFT

Il Regolamento è stato adottato.

Istituzione delle AFT e individuazione del referente di AFT

Sono stati individuati i referenti per tutte le AFT.

2.2.1. Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa

L'Azienda Usl della Romagna nel corso del 2019 ha proseguito nello sviluppo di nuove progettualità e nell'implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento delle Case della Salute e nella garanzia dell'integrazione delle attività. Si è continuata la collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per il progetto Community Lab.

Al fine di accompagnare l'implementazione della DGR n. 2128/2016, si è proseguito nell'anno 2019 nel Percorso formativo regionale di Formazione Intervento "CaSaLAB – Case della Salute.

Case della Salute - Indicatori e target:

Attivazione Case della Salute programmate per il 2019: obiettivo 100%

Nel 2019 l’Azienda Usl della Romagna aveva in programma l’attivazione della Casa della Salute di Lido Adriano, il cui inizio attività per questioni burocratiche e tecniche è però slittato. L’Azienda ha riprogrammato l’acquisizione degli arredi ed il completamento strutturale entro luglio 2020, mentre l’attivazione è prevista entro settembre 2020.

Non erano programmate attivazioni di altre Case della Salute per il 2019.

Realizzazione degli ambulatori infermieristici della cronicità: obiettivo 2019>2018

In Azienda, rispetto al 2018, sono stati aperti nuovi ambulatori infermieristici integrati con la Medicina Generale per la presa in carico della BPCO. In particolare, è proseguito il percorso per la presa in carico del paziente per le CdS di Brisighella, Distretto Valle Senio – Castelbolognese - Massa Lombarda, CdS di Cotignola, Distretto di Lugo, CdS di Forlimpopoli, CdS di Meldola, NCP Forlì 2 e Forlì 4, CdS di Cesenatico, CdS di Morciano e Coriano, CdS di Novafeltria. In programma per il 2020 CdS di Savignano e CdS di San Piero in Bagno.

Sono proseguite nelle altre Case della Salute aziendali le prese in carico per diabete, BPCO e scompenso cardiaco, con incremento del numero dei pazienti presi in carico.

Il dato Siver per IND0669 che monitora realizzazioni ambulatori infermieristici al 25.05.2020 non risulta ancora disponibile.

Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute: obiettivo ≥ 1 Casa della Salute per ambito territoriale

L’Azienda nel 2019 ha esteso i progetti Casalab in ulteriori Case della Salute rispetto a quelle già identificate, attraverso l’individuazione anche in queste dei cittadini competenti per la valorizzazione delle stesse.

Gestione integrata delle patologie croniche - Indicatori e target:

Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP): < valore 2018

Nel 2019 è proseguito il percorso per la presa in carico del paziente affetto da BPCO per le Case della Salute dei vari distretti. Il tasso di ospedalizzazione per ricoveri potenzialmente inappropriati nel 2019 si è attestato a 84,66 ogni 100.000 residenti maggiorenni, in leggero aumento rispetto a 83,7 registrato nel 2018, ma sempre al di sopra della media regionale che nel 2019 è a 60,96 (Fonte: InSIDER).

Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per DIABETE (Fonte: Profili NCP): < valore 2018

La presa in carico del paziente affetto da Diabete mellito di tipo 2 avviene nella maggior parte delle case della salute. Il tasso di ospedalizzazione per ricoveri potenzialmente inappropriati nel 2019 si è attestato a 49,41 ogni 100.000 residenti maggiorenni, in crescita rispetto a 48,39 registrato nel 2018 e anche al di sopra della media regionale che nel 2019 è a 41.51 (Fonte: InSIDER).

Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER relativi al rischio 2019 trasmessi dalla Regione: 100% in tutte le case della salute

Per l’utilizzo dello strumento Regionale dei profili di rischio RiskER si è garantito il processo di omogeneizzazione necessario, tra i diversi ambiti territoriali, per consentire una uniforme rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti presi in carico, anche alla luce dei nuovi profili relativi al rischio 2019 trasmessi dalla Regione. Si è inoltre provveduto a realizzare la formazione propedeutica all’estensione dello strumento RiskER in tutte le Case della salute.

Utilizzo dei profili di rischio: in tutte le Case della Salute

In corso di consolidamento l’utilizzo regolare dei profili di rischio in tutte le Case della Salute.

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

La somministrazione dei questionari PACIC è stata realizzata in gran parte delle Case della Salute. Sono stati elaborati i dati da restituire ai professionisti prevedendone il completamento entro il primo trimestre 2020, ma a tutt’oggi tale restituzione è stata rinviata causa emergenza Covid.

Sistema informativo Case della Salute

L'Azienda garantisce il periodico aggiornamento dei dati richiesti nella banca dati regionale relativi alle Case della Salute.

2.3. Ospedali di Comunità

L'Azienda USL della Romagna, in accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, ha proseguito nel percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità e di cure intermedie, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera e nella consapevolezza che tali strutture rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure. I nuovi posti letto sono stati individuati prioritariamente nelle strutture dove insistono Case della Salute o sono già presenti condizioni che permettono una presa in carico da parte dei MMG

Indicatori e target:

Attivazione degli Ospedali di Comunità programmati per il 2019

Nel 2019 si sono realizzati i lavori propedeutici all'attivazione dell'OsCo di Brisighella (18 PL) con conclusione delle opere murarie avvenute ad ottobre 2019. Si è inoltre provveduto al completamento della fornitura degli arredi ed è tuttora in corso la fornitura delle tecnologie sanitarie.

Presso l'OsCo di Savignano il progetto di fattibilità è stato elaborato entro il 2019, prevedendo l'ampliamento da 6 a 12 PL. La conclusione dei lavori edili consentirà il completo utilizzo dei posti letto nel primo semestre 2020.

A dicembre 2019 sono stati attivati i 6 posti letto di cure intermedie programmati presso l'ospedale di Ravenna.

Degenza media in Ospedale di Comunità (Fonte: banca dati SIRCO) – obiettivo ≤ 20 giorni (DM 70/2015)

I dati SIVER evidenziano per il 2019 una degenza media complessiva presso gli OsCo romagnoli di 17,78 giorni, rilevando un andamento in obiettivo però solo presso la struttura di Forlimpopoli (15,58 giorni di degenza media). Negli OsCo di Modigliana e Savignano sul Rubicone si assiste ad un trend in avvicinamento all'obiettivo (22,08 giorni di degenza media per Modigliana e 21,95 per Savignano sul Rubicone), mentre risulta critica la situazione di Mercato Saraceno, dove sono in corso di riorganizzazione i flussi in ingresso ospedale/territorio (28,41 giorni di degenza media).

2.4. Assistenza protesica

L'Azienda ha avviato l'implementazione dei contenuti della DGR 1844/2018 con l'individuazione di strumenti e modalità organizzative idonee a garantirne un'omogenea applicazione su tutti gli ambiti.

2.5. Cure palliative

La Deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 19.03.2019 ha istituito la Rete Locale Cure Palliative dell'Azienda USL della Romagna che si compone delle reti locali di ambito. All'interno di ognuna di queste sono presenti i 4 nodi previsti dalle linee di indirizzo Regionali: Nodo Ospedale, Nodo Ambulatorio, Nodo Hospice e Nodo Domicilio.

Contestualmente è stato nominato il gruppo di Coordinamento Tecnico e il Coordinatore della RLCP. Il Coordinatore ha il compito di presiedere e il gruppo di Coordinamento Tecnico, recepire, proporre e valutare con il suddetto gruppo gli obiettivi da raggiungere e annualmente verificarne l'andamento.

Il gruppo di coordinamento tecnico è composto dai referenti dei singoli nodi di ciascun ambito della rete, rappresentativo di tutte le figure professionali che vi operano, e da figure della Direzione Strategica Aziendale, al fine di pianificare, programmare e organizzare le attività di CP della RLCP. Alla approvazione della suddetta delibera si è giunti dopo un attento lavoro di analisi delle strutture organizzative esistenti e

successiva progettazione, finalizzata a raggiungere una omogenea risposta in tutti i territori dell'Azienda.

Passaggi fondamentali della riorganizzazione sono stati

l'acquisizione di 5 Infermieri Case Manager, e di alcuni dirigenti medici necessari a garantire il livello sufficiente di attività per ogni singolo nodo dell'organizzazione di rete.

Sono stati successivamente definiti i criteri di eleggibilità alla RLCP, per pazienti con patologia cronica, inguaribile, evolutiva e a prognosi infausta. E' stato definito in maniera uniforme un punto di accesso alla rete per ogni ambito territoriale gestito dalla figura del IP CM. . A questo livello viene ricevuta la richiesta di inserimento, viene processata, si organizza la visita, si effettua la valutazione multi professionale, si ottiene la risposta con inserimento del paziente nel setting assistenziale più appropriato : nodo ambulatorio, domicilio, Hospice oppure il non inserimento.

Nell'ambito delle operazioni che sono state messe in campo per costruire la RLCP della Romagna sono anche stati costruiti i profili minimi di competenza per gli operatori di cure palliative e definite le modalità per il loro mantenimento, mediante un dettagliato programma di eventi formativi. Questo programma prevede tre livelli di intervento:

- uno informativo rivolto prevalentemente alle interfacce coinvolte nel percorso assistenziale;
- formazione di base rivolto ad operatori coinvolti non per la totalità del tempo lavoro;
- formazione specialistica rivolta ad operatori coinvolti per la totalità del tempo lavoro.

Un'attenzione particolare è stata posta alla revisione della struttura organizzativa assistenziale infermieristica, che si è sviluppata attraverso:

- Confronto modelli organizzativi infermieristici presenti presso i setting assistenziali di Cure Palliative AUSL della Romagna.
- Definizione del modello organizzativo di assistenza infermieristica aziendale in coerenza con quanto previsto dalla normativa di riferimento regionale, nonché il relativo piano di implementazione e valutazione.
- Definizione del profilo di posto degli infermieri che operano nei Nodi della Rete.
- Definizione del progetto formativo trasversale per gli operatori dei Nodi della Rete al fine di condividere l'approccio assistenziale ai pazienti che necessitano di Cure Palliative, metodi e strumenti di lavoro in ambito aziendale.
- Avvio elaborazione della documentazione clinica/assistenziale unica a garanzia del processo assistenziale e della continuità assistenziale, nonché del corretto flusso dei dati informativi tra i vari Nodi della Rete.

Nel 2018 è stata condivisa - nei vari livelli organizzativi dipartimentali - la proposta di riorganizzazione; si è inoltre avviato il consolidamento del modello organizzativo di Case Management nei vari ambiti territoriali e si è proceduto alla presentazione del ruolo degli ICM Rete Locale Cure Palliative ai MMG.

Nel corso del 2019 si è proceduto alla definizione della riorganizzazione del Nodo Domicilio mediante la strutturazione dell'equipe di base e specialistica. E' inoltre stato realizzato uno specifico programma di formazione per equipe ADI ed Hospice.

E' in corso l'adeguamento della pagina internet dedicata alla rete delle cure palliative sul sito aziendale.

Indicatori e target:

Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore (target >= 50%)

Il dato aziendale si attesta al 53,9% di deceduti per causa di tumore risultati assistiti dalla rete delle cure palliative. L'obiettivo è raggiunto sui residenti di tutti i distretti con l'eccezione del distretto Cesena Valle Savio che presenta una percentuale di assistiti dalla rete del 29,6%, del distretto del Rubicone (45,4%) e distretto di Ravenna (48,4%). Fonte: Siver.

Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore (target \geq 5% vs 2018)

Nel 2019 le giornate di cure palliative erogate al domicilio del paziente sono aumentate del 15% rispetto al 2018, pertanto la performance ha raggiunto ampiamente l'obiettivo prefissato.

2.6. Continuità assistenziale – dimissioni protette

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

Indicatori e target:

N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER) – target \geq 50%

Nel corso del 2019 (Fonte: InSIDER), le prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera rispetto al totale delle prese in carico avvenute entro 30 giorni dalla dimissione stessa sono state il 45,47%, con valori complessivamente notevolmente migliorati rispetto all'anno precedente (38,67%) e che raggiungono lo standard regionale nei distretti di Faenza, Lugo e Rimini.

Anche il dato complessivo regionale non raggiunge l'obiettivo essendosi consolidato al 46,13%. Si evidenzia che nel corso del 1° semestre 2019 è stata effettuata una revisione della procedura aziendale sul percorso NUCOT, relativamente al monitoraggio degli indicatori individuati. Sono in corso le modifiche necessarie sul sistema informatico per la rilevazione automatica e periodica degli indicatori previsti.

L'Azienda USL della Romagna, a fronte della performance registrata nell'anno 2018, ha effettuato un audit nell'anno 2019 con gli obiettivi di:

- verificare la corretta applicazione del percorso di presa in carico territoriale del paziente in dimissione protetta, al fine di valutare i giorni di attesa e le modalità operative di attivazione ADI, con particolare focus sulla fase di ricovero e di coinvolgimento del NuCOT nel percorso di continuità ospedale territorio;
- verificare il percorso di presa in carico del paziente in assistenza domiciliare dopo una dimissione ordinaria, al fine di rilevare eventuali mancate rilevazioni di opportunità di dimissione protetta in corso di ricovero o la corretta attivazione ADI per il subentrare di problematiche incidenti non correlate al ricovero;
- verificare la corretta applicazione della Circolare n. 10/2016.

Nell'arco del 2020 saranno realizzate le azioni di miglioramento identificate attraverso l'audit svolto.

2.7. Area Materno-Infantile

L'anno 2019 si è caratterizzato per una continua criticità nel garantire le necessarie risorse professionali, in particolare ginecologi e pediatri/neonatologi in tutti i punti nascita dell'Azienda.

Al fine di assicurare i servizi di guardia h24 si è provveduto a rimodulare le attività ambulatoriali e chirurgiche e a mettere in rete i professionisti a servizio dei diversi territori aziendali in relazione alle maggiori criticità (Ravenna e Forlì).

2.7.1. Percorso Nascita

STAM E STEM

I protocolli STAM e STEM vengono costantemente monitorati attraverso i report mensili messi a disposizione dal sistema informatizzato in uso. Per lo STAM sono analizzati alcuni dati generali (il numero di casi generati, la distribuzione oraria e settimanale dei trasferimenti, l'età materna, l'età gestazionale), dati di processo (cause del trasferimento, farmaci somministrati) nonché dati di esito (dimissione senza parto, ricovero, parto). I casi critici vengono analizzati singolarmente tra lo Spoke inviante e l'Hub ricevente. È stato effettuato un audit STEM il 28 giugno 2019.

Utilizzo "Scheda scelta del parto"

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

Test combinato

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

Corsi di accompagnamento alla nascita

Offerta costante e programmata dei corsi di accompagnamento alla nascita, con attenzione alla prossimità di erogazione dei servizi.

Indicatori e target:

Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP): >=52% (media RER 2018)

L'accesso ai consultori da parte delle donne in gravidanza italiane e straniere è costante e nel 2019 il risultato conseguito dall'Azienda USL della Romagna è in linea con l'obiettivo regionale (53,73% - Fonte SIVER). Tuttavia, l'analisi per distretto evidenzia ambiti in cui il target non è ancora conseguito (Faenza, Lugo e Cesena Valle Savio).

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

L'Azienda è in linea con il target in tutti i punti nascita aziendali con l'eccezione dello Spoke di Faenza che nel 2019 riporta una percentuale di cesarei del 15,9%, comunque meno di un punto percentuale oltre il target.

Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP): HUB<=7%; SPOKE<=9% (medie RER 2018)

I punti nascita di Cesena, Rimini, Forlì e Lugo rientrano nell'obiettivo, mentre viene mantenuto un costante monitoraggio nelle sedi di Ravenna e Faenza che presentano percentuali di Cesarei nella classe I di Robson oltre i target di riferimento (rispettivamente 12,08% e 13,45%).

2.7.2. Salute riproduttiva

In tutti gli ambiti territoriali dell'azienda sono operativi specifici spazi dedicati ai Giovani Adulti (target 20-34 anni) e in tutti i distretti sono presenti gli Spazi Giovani (target 14-19 anni) previsti dalle indicazioni regionali.

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 (Hub di primo livello) è operativo l'ambulatorio dedicato alla diagnosi precoce e trattamento della malattia.

E' stato inoltre avviato il progetto regionale sulla contraccezione gratuita per target di popolazione.

Indicatori e target:

Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/popolazione residente di età 14-19 anni (%) (Fonte: Sistema informativo SICO)– obiettivo $\geq 7\%$

A livello aziendale l'obiettivo regionale di avere almeno il 7% di accessi di residenti 14-19 anni presso gli Spazi Giovani risulta raggiunto con una percentuale dell'8,62%, sebbene si riscontrino situazioni deficitarie in alcuni distretti (in particolare, Rubicone e Rimini presentano valori intorno al 5/6% di accessi, *Fonte: InSiDER*).

2.7.3. Percorso IVG

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

Non tutti i punti di erogazione sono in linea con i tempi indicati dalla data di rilascio del certificato e data dell'intervento chirurgico, ma sono stati implementati dei progetti di miglioramento che hanno dato buoni risultati, in particolare sul territorio della provincia di Ravenna.

Indicatori e target:

Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG) - obiettivo $\leq 25\%$

il dato aziendale si attesta al 29,53% (*Fonte: Siver*) con valori estremamente disomogenei nei diversi punti di erogazione dell'intervento (dal 13,6% dell'Ospedale di Forlì, al 42,7% dell'ospedale di Cattolica). In un'ottica di miglioramento sono stati implementati diversi progetti che nel corso del 2019 hanno dato buoni risultati soprattutto sul territorio della provincia di Ravenna, in cui le IVG chirurgiche effettuate dopo le due settimane di attesa dalla certificazione sono passate dal 46,5% del 2018 al 24,4% del 2019.

% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (Fonte: rilevazione IVG) – obiettivo $\geq 34\%$ (media RER 2018)

il dato aziendale si attesta al 25,99% (*Fonte: Siver*). Il dettaglio evidenzia che in nessun ambito si raggiunge l'obiettivo regionale, sebbene si riscontri ovunque un deciso miglioramento rispetto all'anno precedente (con l'eccezione di Forlì che comunque continua a presentare la best performance aziendale con il 32,3% di IVG mediche sul totale delle IVG effettuate a residenti). Nel corso del 2019 i ginecologi dell'Azienda, in mancanza di indicazioni istituzionali su interpretazione normativa rispetto all'applicazione della certificazione di urgenza per le IVG mediche, hanno richiesto approfondimenti all'UO Medicina Legale e Gestione del Rischio i cui riscontri dovrebbero consentire un miglioramento delle performance e quindi della qualità dell'assistenza prestata.

2.7.4. Procreazione Medicalmente Assistita

Viene monitorato il tempo di attesa di accesso alla PMA, sia omologa sia eterologa. Il sistema informativo regionale viene correntemente utilizzato. Si è aderito già dal 2018 alle indicazioni regionali per l'acquisto di gameti dall'estero.

2.8. Contrasto alla violenza di genere

L'Azienda ha collaborato fattivamente con la Regione per condividere gli aspetti salienti della procedura aziendale, già attiva, in materia di "Contrasto alla violenza di genere" (PA 109 "Accoglienza e presa in carico

delle vittime di maltrattamento ed abuso”), a cui si è data ampia pubblicità e diffusione su tutto il territorio aziendale.

Si sono mantenute costanti sia l’operatività sia l’attività formativa dei Centri di trattamento degli uomini autori di violenza, realizzando in corso d’anno in alcuni territori anche importanti tavoli di confronto con le reti territoriali. Continuativa è stata la formazione dei professionisti aziendali coinvolti, con la supervisione clinica sui casi e sotto la regia del centro LDV di Modena.

L’AUSL della Romagna, mediante propria piattaforma FAD, ha gestito i seguenti corsi formativi: Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere Area Servizi Sanitari Territoriali; Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere - Area Sociale; Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere - Area Emergenza. Gli iscritti ai corsi hanno concluso il percorso formativo.

E’ stata concluso l’iter di stesura e approvazione della procedura aziendale PA 106 “*Presa in carico e trattamento di uomini autori di violenza di genere: Liberiamoci dalla Violenza (LDV)*”, consentendone la pubblicazione a gennaio 2020.

I dati di attività clinica registrati hanno evidenziato 40 nuovi accessi e 22 nuovi casi in carico nel 2019.

E’ stata attuata la definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere.

Anche a seguito dell’entrata in vigore della L. 69/2019 (Codice Rosso) si è contribuito alla redazione e conseguente sottoscrizione dei Protocolli prefettizi nei territori di Ravenna, Rimini e Forlì Cesena per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne. I compiti assunti dall’Azienda Usl della Romagna comprendono il trattamento degli uomini autori di violenza presso i centri LDV.

Il 20.05.2019 a Rimini si è tenuto il convegno intitolato “*Dal delitto d’onore alla violenza di genere*”.

In data 19.10.2019 è stato condotto l’evento formativo per gli operatori dei Servizi Socio Sanitari e degli Enti Locali dal titolo “*Codice Rosso Implicazione sulle attività dei Servizi Socio Sanitari a contrasto della violenza, il trattamento dell’autore della violenza nei centri LDV*”.

Con il coinvolgimento della Procura di Rimini il 03.12.2019 si è svolto l’evento formativo “*CODICE ROSSO – Implicazioni sulle attività dei servizi sanitari a contrasto della violenza*”.

2.9. Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1. Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

Con riferimento all’obiettivo “*Salute in età pediatrica e adolescenziale – Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti*” si sono realizzate attività formative col 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. Al riguardo si segnala, nell’ambito della formazione congiunta AUSL della Romagna e Servizi sociali degli Enti Locali, la conduzione nel 2019 di tre edizioni dell’evento formativo “*Abuso e Maltrattamento: presentazione nuove linee di indirizzo RER ER*”.

In data 18 maggio 2019 è stato condotto un evento formativo per i pediatri di famiglia della Romagna, che ha visto la docenza multiprofessionale da parte del gruppo di lavoro e la partecipazione di 78 pediatri (su 86 partecipanti) sul totale di 140 pediatri in Romagna.

Si è continuata a garantire la giornata di formazione su violenza di genere e sui minori ad un biennio (secondo e terzo anno) della scuola di formazione per MMG.

Costante è stato il monitoraggio in corso d'anno della adesione alle linee guida e ai quaderni prodotti dalla Regione Emilia Romagna, condotto da uno specifico gruppo di lavoro aziendale interprofessionale e interistituzionale. Alcuni professionisti dell'Azienda USL della Romagna hanno partecipato ai lavori in corso in Regione per la stesura di due nuovi Quaderni, di cui uno sulla prevenzione ed uno sulla valutazione psicologica.

In ambito aziendale si è consolidata la presa in carico integrata fra servizi sociali e sanitari e i minori presi in carico per maltrattamento-abuso hanno ricevuto, secondo i protocolli aziendali, un trattamento specifico.

E' stata attuata a livello aziendale una riorganizzazione dei servizi attraverso l'istituzione di strutture organizzative specifiche sulla Tutela Minori nell'ambito delle U.O. NPIA.

Costante è stata l'operatività del Gruppo di lavoro sulla tutela che ha visto, nel Tavolo di coordinamento degli Uffici di Piano e nella Direzione delle Attività Socio Sanitarie, la sede in cui realizzare concretamente un forte lavoro di integrazione tra servizi aziendali e altri servizi istituzionali di livello territoriale.

Si è ultimata la stesura della procedura aziendale *"Le fasi dell'intervento ospedaliero per bambini e ragazzi vittime di abuso e maltrattamento"*, procedura di presa in carico intra ospedaliera in Pediatria, che va a completare l'intero percorso fra la PA 109 *"Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso"* e la PA 149 *"Presa in carico integrata dei minori a rischio di pregiudizio o danno"*, con il supporto della PA 101 *"Gestione raccolta e conservazione dei materiali prelevati a finalità medico legale in occasione di sospette violenze sessuali"*.

2.9.2. Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza

In ambito aziendale il progetto regionale *"Adolescenza"* (DGR 590/2013) e le raccomandazioni regionali *"Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti"* sono declinate in un documento integrato. In tale documento si coordinano le attività di diversi Dipartimenti (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Donna Infanzia Adolescenza) e dei Programmi aziendali coinvolti. Sono state attivate équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici con l'apporto di professionisti dei Consultori, dei CSM, della NPIA, dei Servizi per le dipendenze patologiche.

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

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

Nel territorio dell'Azienda sono presenti più punti di accesso dedicati agli adolescenti, a cui si aggiunge il Centro d'ascolto nuove droghe del Sert di Cesena, percorso dedicato e specializzato funzionalmente per i giovanissimi abusatori di sostanze.

Nel 2019 è stato istituito dalla CTSS un coordinamento aziendale adolescenza, coordinato dall'Unione dei Comuni del Rubicone, a cui partecipano professionisti sanitari e sociali degli 8 Distretti, nonché referenti delle Scuole e altri professionisti coinvolti.

Nel corso del 2019 il gruppo ha lavorato sulla definizione dei metodi e degli obiettivi di lavoro, iniziando dalla mappatura dei servizi.

Le Unità di strada sono presenti capillarmente nel territorio dell’Azienda della Romagna con specifici progetti di prevenzione e intervento (riduzione del danno), attivi soprattutto nell’area delle dipendenze patologiche. Tali servizi agiscono in integrazione con i servizi territoriali degli EE.LL. secondo una programmazione definita negli ambiti istituzionali (Piani Distrettuali per il Benessere e la Salute).

Si ricorda l’adozione in Azienda delle procedure indicate al precedente paragrafo 2.9.1.

La procedura di emergenza, licenziata in tutti gli ambiti dell’Azienda prevede, la gestione ospedaliera dei ricoveri presso le UU.OO. di Pediatria con il contributo delle NPIA e il ricovero in SPDC in casi di adolescenti con gravi quadri di agitazione comportamentale. E’ stato individuato il SPDC di Ravenna, per le sue caratteristiche logistiche, come punto specifico aziendale per la gestione di quest’ultima fascia di bisogno.

In AUSL della Romagna è stata utilizzata la classificazione CD 0-3R per i nuovi casi in una percentuale superiore al 50% e i nostri operatori sono stati specificatamente formati.

2.9.3. Lotta all'antibiotico-resistenza

Indicatori e target:

Numero di RAD per PLS distribuiti nell’anno (Fonte: rilevazione aziendale): ≥ 100 (per PLS con almeno 800 assistiti); ≥ 50 per gli altri

I test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica vengono distribuiti ai PLS che ne fanno richiesta. L’obiettivo, assegnato ai Dipartimenti Salute Donna Infanzia e Adolescenza, è stato monitorato in modo proattivo al fine di omogeneizzarne la distribuzione.

In tabella si riportano i dati relativi al consumato per Ambito dei test rapidi dei Dipartimenti SDIA.

	QTA 2018	QTA 2019	Var. QTA'	Nr. PLS 2019*	Nr. test 2019 per PLS
RAVENNA	3.125	3.250	125	50	65
FORLI'	2.125	1.300	-825	25	52
CESENA	1.300	1.350	50	28	48
RIMINI	1.625	4.200	2.575	47	89
TOTALE	8.175	10.100	1.925	150	67

*Fonte: Regione Emilia-Romagna (report PLS)

Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica (Fonte: InSiDER) – obiettivo: \leq valore 2018 (796,67)

Il tasso di prescrizioni in età pediatrica in Ausl della Romagna nel 2019 si è attestato a 862,59 ogni 1.000 residenti al di sotto dei 14 anni (quindi in incremento rispetto ai 796,67 del 2018). Tra i Distretti aziendali si registrano situazioni disomogenee con i Distretti di Lugo e di Cesena Valle Savio che rientrano nell’obiettivo ed i Distretti di Faenza e Forlì che di contro presentano le situazioni maggiormente critiche. Per questi ultimi sono stati intrapresi incontri con strutturazione di reportistica mirata attraverso il coinvolgimento dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Donna, Infanzia ed Adolescenza Aziendali. Previsti anche futuri incontri formativi. Fonte: InSiDER.

Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato (Fonte: InSiDER): obiettivo $> 1,5$

Il rapporto tra prescrizioni di amoxicillina vs amoxicillina clavulanato a pazienti residenti < 14 anni riporta nell’anno 2019 un mancato raggiungimento dell’obiettivo a livello aziendale (1,09 vs 1,48 valore regionale vs 1,5 target fissato). L’analisi per territorio risalta le performance sui distretti di Rubicone (2,36), Cesena Valle Savio (2,43), Lugo (2,46). Critiche le situazioni sui distretti di Riccione (0,33), Rimini (0,52) e Forlì (0,81). Fonte: InSiDER.

2.9.4. Promozione dell'Allattamento

Continuano le attività di promozione dell'allattamento su tutto il territorio sia a livello territoriale (preparazione al parto, sostegno al domicilio) che in ambito ospedaliero (attaccamento precoce al seno, ambienti per le nutrici). Nei piani di formazione sono previsti corsi di aggiornamento per il personale.

Indicatori e target:

Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite (%) (Fonte: flusso AVR) – Target: <= 10% (e comunque non al di sotto del risultato Ausl Romagna 2018)

Le schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento nel 2019 a livello aziendale sono state il 4,16% (vs 4,51% del 2018 – Fonte: SivER – rilevazione del 26.05.2020). Il dettaglio per distretto di residenza evidenzia situazioni disomogenee, con percentuali che vanno dal 2,44% del Distretto di Forlì al 10,2% del Distretto di Cesena Valle Savio (comunque l'unico fuori target).

% allattamento completo a tre mesi (Fonte: flusso AVR) – Target: >55%

% allattamento completo a 3 mesi: 59,61% (in lieve diminuzione rispetto al 60,65% del 2018). L'obiettivo comunque è raggiunto a livello aziendale, con il solo Distretto del Rubicone che presenta percentuali al di sotto del target atteso (53% vs 55%).

% allattamento completo a cinque mesi (Fonte: flusso AVR) – Target: >40% (e comunque non al di sotto del risultato Ausl Romagna 2018)

% allattamento completo a 5 mesi: 49,53% (in aumento rispetto al 48,19% del 2018). L'obiettivo del 40% è raggiunto in tutti i distretti con l'eccezione di Ravenna.

% non allattamento a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR) - obiettivo < valore 2018

% non allattamento completo a 3 mesi: 20,53% (in lieve aumento rispetto al 19,63% del 2018).

% non allattamento completo a 5 mesi: 27,67% (in linea rispetto al 27,64% del 2018).

2.9.5. 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.

Limitatamente all'educazione sessuale nelle scuole, nell'anno scolastico 2018/2019 il numero di ragazzi raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità rispetto alla popolazione target si è attestato a livello aziendale sul 15,5% (Fonte: Siver), in crescita rispetto al 13,6% del 2018 ma sempre al di sotto della media regionale del 18,4%. Nonostante il miglioramento della performance aziendale, a livello distrettuale si riscontrano ancora delle differenze riguardo alle modalità di lavoro sulle quali l'Azienda sta lavorando al fine di uniformare i percorsi.

2.10. Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico

L'Azienda USL della Romagna ha lavorato fattivamente in questi anni per dare attuazione alla DGR 212/2016, andando anche a potenziare servizi dedicati come richiesto dalle specifiche indicazioni regionali. La Delibera del Direttore Generale n. 120/2019 ha istituito il Programma Aziendale Autismo che sta concretamente lavorando localmente per dare attuazione agli obiettivi regionali, per potenziare ulteriormente l'attività degli Spoke territoriali e per continuare a realizzare quanto in precedenza definito nel documento condiviso anche con le associazioni territoriali (sia per quanto concerne i minori sia relativamente ai soggetti con autismo in età adulta).

Per quanto riguarda il tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0 – 6, il tempo si attesta ancora in maniera differente nei diversi ambiti, data la variabilità di incidenza di diagnosi e comunque nel 2019 non tutti gli ambiti sono riusciti a rimanere costantemente in linea con i 60 giorni richiesti.

Relativamente al n. ore settimanali di trattamento del soggetto con D.A. nella fascia 0 – 6, in AUSL Romagna sono state fatte delle valutazioni condivise di gravità dei soggetti, andando a differenziare nell'ambito dei progetti individualizzati le ore settimanali. In linea generale a livello aziendale ci si attesta su circa 3 ore settimanali pur con delle differenziazioni per ambito.

Indicatori e target:

Presentazione del Piano entro giugno 2019

Entro giugno 2019 l'Azienda ha presentato il Piano richiesto relativamente all'attuazione della DGR n. 640/2019, nel quale si prevede di rafforzare il personale impiegato nel trattamento dei bambini con disturbo dello spettro autistico nella fascia 0 – 6 anni. In tal senso con Determina n. 2595 del 07.08.2019 è stata assegnata la gara sul potenziamento dell'attività educativa nella fascia 0-6, mentre con Determina n. 1967 del 12.06.2019 l'Azienda ha ulteriormente rafforzato gli interventi sull'autismo presso Casa Augusta di Ravenna, prevedendo attività innovative sempre a favore di soggetti con autismo.

2.11. Formazione specifica in medicina generale

Attività didattica pratica

Nel corso dell'anno 2019 l'Azienda ha consolidato la rete dei tutor ospedalieri e territoriali già presente presso la sede formativa dell'AUSL della Romagna con la seguente articolazione territoriale:

	FORLÌ-CESENA	RIMINI-RICCIONE	RAVENNA-FAENZA-LUGO
AREA MEDICINA CLINICA E DI LABORATORIO	n. 2 tutor	n. 1 tutor	n. 1 tutor
AREA CHIRURGIA GENERALE	n. 1 tutor	n. 1 tutor	n. 1 tutor
AREA PRONTO SOCCORSO ED EMERGENZA URGENZA	n. 1 tutor	n. 1 tutor	n. 1 tutor
AREA MATERNO INFANTILE E OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 1 tutor	n. 1 tutor	n. 1 tutor
AREA TERRITORIALE	n. 1 tutor	n. 1 tutor	n. 1 tutor

Inoltre, si sono sviluppati momenti di incontro e di confronto con i tutor delle diverse aree per condividere l'esperienza maturata negli ultimi anni, per raccogliere spunti di riflessione e suggerimenti utili a puntualizzare lo skill mix del futuro medico di medicina generale e per migliorare la qualità della funzione di tutoraggio.

Questo percorso, già avviato nel 2018, punta a individuare e definire, con un maggiore livello di dettaglio rispetto al documento regionale, gli obiettivi formativi specifici per ogni area specialistica.

L'obiettivo finale è quello di garantire un livello sempre più alto di qualità dello stage formativo e che la rete dei tutor sappia rappresentare un riferimento costante per il medico in formazione.

Il confronto periodico coi tutor, inoltre, rende più vivace e interessante l'attività pratica dei medici in formazione e la definizione di regole e obiettivi formativi condivisi permette di rendere più proficua la frequenza presso le strutture territoriali e ospedaliere aziendali anche per la continua crescita della numerosità della classe 2018-2021 che conta n. 30 corsisti.

Al fine di favorire la realizzazione dei percorsi formativi pratici dei corsisti è stata pianificata una programmazione triennale con la quale si vogliono conciliare le esigenze delle attività di reparto, non

sovraccaricando le UO con molti medici contemporaneamente, con quelle dei corsisti, facendoli frequentare nel proprio ambito di residenza/domicilio.

Questa programmazione prevede inoltre verifiche periodiche al fine di monitorare l'andamento della frequenza di ogni singolo medico e per attivare le eventuali azioni correttive e/o di miglioramento.

Attività didattica seminariale

L'Azienda ha messo a disposizione gli spazi idonei per lo svolgimento dell'attività didattica teorica e ha favorito l'utilizzo sia delle aule adiacenti alla Biblioteca del P.O. Maurizio Bufalini sia delle aule site nei locali di Piazza Sciascia a Cesena (nelle vicinanze della Stazione FF.SS.) logisticamente più accessibili ai Corsisti, molti dei quali sono fuori sede. Le aule hanno risposto appieno alle esigenze didattiche ed organizzative del corso (spazi, capienza, videoproiezione) anche in considerazione che tali aule sono state oggetto di autorizzazione e accreditamento regionale per l'attività istituzionale demandata all'AUSL.

A febbraio 2019 si è proceduto alla pubblicazione, sul sito internet dell'Azienda, di apposito spazio dedicato al Corso FSMG in cui la sezione dedicata all'attività seminariale consente la consultazione online del Calendario delle attività seminariali e delle relative informazioni. Contemporaneamente è stata attivata la compilazione on-line del questionario di gradimento da parte dei corsisti relativo ad ogni intervento programmato di attività seminariale, consentendo il superamento del questionario cartaceo, facilitando l'accesso ai corsisti e favorendo una immediata consultazione delle valutazioni espresse, necessarie per le successive programmazioni. Si intende procedere con l'implementazione dell'utilizzo del sito web.

L'assegnazione, da parte della Regione, a marzo 2019, di una nuova classe di corsisti composta da 30 medici ha reso ancor più necessario procedere all'acquisizione di spazi idonei all'attività formativa d'aula. Gli spazi acquisiti a Forlì, atti ad ospitare percorsi formativi universitari e post- universitari, necessitano di adeguamenti e, a tutt'oggi, non sono fruibili.

Di seguito la tabella che sintetizza, per anno di Corso, le ore di Formazione programmate ed il numero di giorni previsti per l'attività seminariale.

Corso	Ore annue di formazione	Giorni
2016 - 2019	200/240	25/30
2017 - 2020	200/240	25/30
2018 - 2021	150/160	18/20

Il Calendario aggiornato è consultabile alla pagina:

<https://www.auslromagna.it/servizi/formazione/corso-formazione-specifica-medicina-generale>

2.12. Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Con riferimento all'applicazione dei LEA e della Delibera Regionale attuativa del DPCM del 12 gennaio 2017, per quanto concerne, nello specifico, le quote a carico del FSR previste al comma 4 dell'art. 22, l'Azienda USL della Romagna ha continuato l'attività già intrapresa sugli 8 distretti, per raggiungere la completa attuazione delle disposizioni normative in questione.

In tutti gli ambiti distrettuali si sono realizzate iniziative formative sul tema del care-giver.

L'Azienda USL della Romagna ha inoltre attivato i percorsi volti al miglioramento delle UVM in ambito distrettuale al fine di garantire la piena integrazione e una presa in carico globale della persona, in continuità tra gli interventi di natura sociale e quelli di natura sanitaria.

Il Durante e Dopo di Noi (DGR 733/17 e DGR 291/19) ha costituito, nel territorio della Romagna, un importante punto di programmazione/riflessione sui servizi esistenti e sui bisogni di cui le persone con disabilità fanno oggi richiesta alle istituzioni.

Il monitoraggio della spesa (FRNA, FNA, FSR, Fondo Dopo di Noi) è stato accuratamente e tempestivamente effettuato a partire dalla fase della programmazione e in tutti i successivi step di verifica, ponendo attenzione alle indicazioni della Regione (soprattutto per quanto concerne il rispetto del 50% quale utilizzo vincolato delle risorse per le persone con gravissime disabilità in applicazione dei criteri e secondo le categorie di beneficiari definiti nel Decreto Interministeriale di Finanziamento) e nel rispetto delle tempistiche regionali.

L'Azienda Usl della Romagna ha già adottato una procedura aziendale sul controllo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali accreditati, concordata anche con gli EELL, e ha predisposto un piano di azione con il DSP che vede il diretto coinvolgimento degli EE.LL. secondo le rispettive competenze. In ogni distretto si è realizzato un piano per le attività di controllo e si è dato seguito ai regolamenti delle case famiglia per anziani e disabili sino a 6 posti letto.

Si sono condotte iniziative e buone pratiche finalizzate alla promozione della prevenzione e del contrasto degli abusi nelle relazioni di cura.

E' stato garantito l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse FNA per le persone con gravissima disabilità.

Relativamente alle giornate di accoglienza temporanea di sollievo in CRA, che ogni anno hanno caratterizzazioni differenti sui distretti della Romagna, la variabilità riscontrata, nella maggioranza dei casi, si è attestata ancora al di sotto la soglia 2%.

E' stato istituito con Deliberazione del DG n. 119/2019 il Programma Demenze che ha ultimato il PDTA Aziendale, di cui è prossima la diffusione tramite procedura aziendale e che ha individuato un referente aziendale sul tema specifico.

2.13. Trasporti per trattamento emodialitico

L' AUSL della Romagna, attraverso incontri che hanno coinvolto sia il livello locale sia il livello aziendale e regionale dell'associazione ANED, ha predisposto, con la collaborazione di detta associazione, una bozza del questionario di valutazione della qualità del trasporto emodializzati.

Tale bozza, con le opportune modifiche e con il contributo di altri soggetti, è stata validata a livello regionale per l'effettivo avvio del monitoraggio.

2.14. Assistenza sanitaria nelle carceri

L'Azienda sta proseguendo nel lavoro volto a migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, secondo quanto previsto dal Flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali.

Indicatori e target:

Scostamento tra eventi critici registrati dal Ministero della Giustizia ed eventi critici registrati tramite SISPER (Flusso regionale SISPER, dati Ministero della Giustizia) – Target <=30%

In tutte le case circondariali della Romagna lo scostamento tra eventi critici registrati dal Ministero della Giustizia ed eventi critici registrati tramite SISPER è inferiore al 30%.

Carcere Forlì:

- Tentato suicidio n. 5 vs 7
- Autolesionismo n. 25 vs 27

- Eterolesionismo n. 39 vs 37
- Isolamenti n. 15 vs 12
- Sciopero della fame e della sete n. 36 vs 57
- Sciopero della terapia n. 15 vs 19

Carcere Ravenna:

Dati in fase di analisi, ma dalle ultime stime effettuate si ritiene raggiunto l'obiettivo.

Carcere Rimini:

n. 68 utenti con registrazione di eventi critici su cartella SISP nel 2019 di cui:

- n. 60 gesti autolesivi su 28 utenti;
- n. 35 gesti eterolesivi su 32 utenti;
- n. 9 tentati suicidi su 8 utenti;
- n. 24 misure d'isolamento iniziate su 24 utenti.

Inoltre, n. 24 utenti con un sciopero iniziato nel 2019 di cui:

- n. 30 scioperi della fame su 22 utenti;
- n. 11 scioperi della sete su 11 utenti;
- n. 7 scioperi della terapia su 6 utenti;
- n. 1 rifiuto dell'assistenza sanitaria su 1 utente.

Numero di cartelle cliniche aperte di persone dimesse e presenti in altro Istituto penitenziario della Regione – Target <=5

Carcere Forlì:

Nessuna cartella clinica risulta essere rimasta aperta. Contestualmente alla dimissione del paziente la cartella clinica viene chiusa; rimane in giacenza in infermeria per qualche tempo per aver modo di inserirvi eventuali certificati non ancora pervenuti. Poi è numerata e collocata in un archivio dedicato all'interno del penitenziario ad esclusivo utilizzo del servizio sanitario.

Carcere Ravenna:

Nessuna indicazione sul numero di cartelle ancora aperte.

Carcere Rimini:

Non risultano cartelle aperte su altri istituti con chiusura da gestire nel 2019.

2.15. Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2019

Spesa farmaceutica convenzionata

Alla spesa convenzionata 2019 hanno concorso diverse dinamiche: incrementi di spesa per il mancato introito del ticket per le ex fasce di reddito RE2 e RE3 ed aumento delle prescrizioni quale effetto indotto dall'abolizione del superticket, mentre i potenziali risparmi derivano sia da scadenze brevettuali sia dall'adesione ad obiettivi di appropriatezza (antibiotici, PPI, ecc...). A tal riguardo, sono stati effettuati incontri con specialisti, con i NCP e con i singoli MMG, oltre all'aggiornamento di documenti aziendali condivisi e alla divulgazione di materiale informativo.

E' stato firmato il nuovo accordo coi MMG: sono stati assegnati obiettivi di appropriatezza sulla prescrizione di antibiotici (diminuzione dei consumi), di PPI (diminuzione consumi e aumento prescrizioni dei confezionamenti da 28 compresse) e di farmaci BPCO (diminuzione della spesa pro-capite pesata territoriale).

La spesa netta convenzionata per l'anno 2019 riporta un + 0,7% rispetto al 2018, in perfetta linea con l'obiettivo RER assegnato (obiettivo + 0,7%).

Acquisto ospedaliero di farmaci

Sono stati assegnati specifici obiettivi economici e di appropriatezza ai Dipartimenti ed UU.OO., con cui si sono effettuati periodicamente incontri per analizzare le situazioni più critiche ed organizzare eventi aziendali (ad esempio sull'uso dei farmaci biosimilari).

E' stato realizzato anche un attento monitoraggio degli esiti di gara per sfruttare al meglio le opportunità.

La spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci per l'anno 2019 registra un + 4,3% verso il 2018 (obiettivo + 1,7%). Si precisa che la spesa per l'acquisto ospedaliero (escluso i farmaci oncologici gruppo B) registra un +0,8%, principalmente dovuto a farmaci per Malattie Rare, Fibrosi Cistica, Immunoglobuline umane per pazienti neurologici, Ipoglicemizzanti, NAO e farmaci per fibrosi polmonare idiopatica.

Farmaci innovativi non oncologici

La spesa per i farmaci innovativi non oncologici (al netto del payback HCV per trattamenti > 12/8 settimane e note di credito Vosevi) nell'anno 2019 è risultata pari a € 7.995.913, rispetto ad un Fondo assegnato "rimodulato" con DGR 2275/2019 del 22.11.2019 di € 8.071.099.

Farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo

Sono stati dati obiettivi di appropriatezza ed economici al Dipartimento Oncoematologico e sono stati effettuati diversi incontri con gli specialisti oncologi.

La spesa registrata per i farmaci gruppo A è stata di € 6.655.486, sostanzialmente in linea con il Fondo assegnato pari a € 6.598.045.

La spesa registrata per i farmaci gruppo B, al netto della mobilità ExtraRER, è stata di € 12.617.590 quindi in sfioramento rispetto al Fondo assegnato che era pari a € 8.824.411. Tale andamento rispecchia tutto il livello regionale, come rappresentato più volte in occasione degli incontri RER, motivato dalla necessità di impiego di nuovi farmaci per patologie oncologiche che nel corso dell'anno hanno avuto estensione di indicazioni ed evidenze scientifiche rilevanti riportate anche nei documenti GREFO RER.

Per quanto riguarda gli oncologici non innovativi, si registra un incremento di spesa degli oncologici orali sulla DDF di Cesena indotto anche da parte di IRST.

2.15.2. Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica territoriale

Aumento del ricorso a farmaci generici

Obiettivo assegnato ai Dipartimenti verso i quali sono stati realizzati monitoraggi tempestivi e specifici. Inoltre, è continuata la promozione al ricorso ai farmaci equivalenti negli incontri con i MMG. Nell'anno 2019 la % di equivalenti risulta dell'86,21 % (in incremento rispetto al 85,74% del 2018. Fonte: Insider).

Farmaci inibitori della pompa protonica

L'obiettivo di contenimento del consumo territoriale trasversale è stato attribuito a tutti i Dipartimenti e MMG. E' stato redatto il Documento aziendale da parte della Commissione del Farmaco di AVR ed è stato divulgato il materiale informativo.

Nel corso del 2019 il consumo territoriale risulta di 49,88 DDD/1.000 ab/die (obiettivo ≤ 48 DDD/1000 ab/die), tale consumo risulta la migliore performance di tutta la Regione (media regionale di 54,01 DDD/1.000 ab/die).

Antibiotici

L'obiettivo è condiviso con il Programma Aziendale SPIAR, che a sua volta ha assegnato l'obiettivo di utilizzo di antibiotici in profilassi chirurgica alle UU.OO. chirurgiche e l'applicazione del progetto "*Antibiotico perché*" nelle UU.OO. di degenza internistica, con lo scopo di omogeneizzare e razionalizzare le scelte prescrittive all'interno dell'Azienda.

A livello ospedaliero sono stati programmati incontri con gli specialisti maggiormente coinvolti, mentre a livello territoriale sono stati effettuati diversi incontri con i NCP e con i singoli MMG insieme allo specialista infettivologo.

Sono stati inoltre assegnati obiettivi sulla prescrizione di antibiotici sistemici, fluorochinoloni in generale e fluorochinoloni a donne di età compresa tra i 20 e 59 anni. È stato prodotto ed è stato divulgato materiale informativo per i cittadini sul corretto impiego degli antibiotici.

Il risultato di chiusura dell'anno 2019 registra un consumo giornaliero di antibiotici x 1.000 residenti pari a 14,34 (obiettivo 13 DDD x 1.000 residenti - Fonte: InSIDER). Pur non raggiungendo l'obiettivo regionale, nel 2° semestre 2019 si è registrata una riduzione del trend di consumo evidenziata anche dai dati InSIDER, che non registrano più per l'AUSL Romagna la performance peggiore di tutta la regione. Si registra, inoltre, un'importante riduzione del consumo di fluorochinoloni come da indirizzo regionale. Come rappresentato più volte anche al livello regionale, l'obiettivo assegnato all'Ausl della Romagna non risulta proporzionato alla fattibilità rispetto alla tempistica data per il raggiungimento dello stesso.

Omega 3

Nell'anno 2019 il consumo risulta di 2,46 DDD/1.000 ab/die (in linea con target regionale di 2,50 DDD/1.000 ab/die).

Farmaci BPCO

È stato promosso l'uso appropriato delle terapie della BPCO mediante riunioni periodiche del Gruppo di Lavoro permanente multidisciplinare e multiprofessionale con MMG, Pneumologi e Farmacisti. È stato costantemente aggiornato il Documento aziendale sull'appropriatezza prescrittiva ed il costo/terapia. La spesa pro-capite pesata 2019 è risultata essere di €. 8,23 in riduzione verso il 2018 (€. 8,51).

NAO

L'obiettivo è stato assegnato al Dipartimento Cardiovascolare e al Dipartimento Emergenza sull'incidenza dei pazienti in trattamenti con NAO. Si sono realizzati incontri periodici con i prescrittori e monitoraggi specifici sull'andamento dei consumi e della spesa.

Nel corso del 2019 l'incidenza di trattamento con i NAO (naive + switch da AVK) risulta di 4,75 su 1.000 residenti (circa in linea col target atteso di 4,5 pazienti ogni 1.000 residenti). Il dato regionale è attestato a 4,85 (Fonte: InSIDER).

Documenti GREFO (Farmaci oncologici)

Gli obiettivi sono stati assegnati al Dipartimento Oncoematologico in merito all'adesione alle raccomandazioni regionali; è stata richiesta collaborazione anche a IRST-IRCCS. Si sono effettuati incontri periodici con gli specialisti oncologici. La farmacia oncologica ha regolarmente effettuato controlli di appropriatezza prescrittiva prima dell'allestimento delle terapie.

Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe

Sono stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolti sull'impiego del biosimilare e/o del rispetto del risultato di gara.

Si sono realizzati incontri periodici con i Dipartimenti/UU.OO. interessate (Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia, Diabetologia, Oncoematologia, etc...) per l'analisi congiunta dei dati. E' stato organizzato un evento aziendale sui farmaci biosimilari il 06.06.2019.

Per l'anno 2019 si registrano le seguenti % di impiego dei biosimilari (Fonte: InSIDER):

- Epoietine 94,01% (obv >=90%);
- Ormone della crescita 52,17% (obv >=50%);
- Infliximab 90,57% (obv 100%). L'obiettivo non è stato raggiunto a causa del riscontro su diversi pazienti di reazioni avverse documentate al biosimilare (ADRs);
- Etanercept 81,35% (obv >=60%);
- Adalimumab monitorato dal 2° semestre 2019 come da indicazioni regionali: luglio – dicembre 2019 73,65% (obv >=60%);
- Follitropina alfa 59,09% (obv >= 60%), considerando che tale prescrizione è indotta da centri extra AUSL Romagna;
- Trastuzumab sottocute in ambito oncologico 8,62% (obv <=20%);
- Rituximab sottocute in ambito oncologico 1,23% (obv <=20%),
- Enoxaparina 80,56% (obv >=90%) si ritiene tuttavia raggiunto l'obiettivo se misurato con l'ultimo mese dell'anno 2019 che risulta del 95%. Anche in questo caso analogamente all'obiettivo sugli antibiotici territoriali era stato manifestato in ambito RER che il raggiungimento avrebbe richiesto più tempo, trattandosi di prescrizioni dei MMG che si rilevano a posteriori dopo la loro erogazione.
- Insulina Lispro 32,16% (obv >=80%) nessuna AUSL regionale ha raggiunto l'obiettivo. Tale performance è motivata dagli specialisti diabetologi dalla necessità di poter avere tempo per addestrare in sicurezza i pazienti al nuovo device con cui si somministra il biosimilare.

Tali monitoraggi comprendono anche le prescrizioni indotte da Centri Extra Romagna, che continuano a non prescrivere biosimilari nonostante i ripetuti solleciti (anche scritti e documentati).

Insuline basali

Aumento del ricorso a quelle con il miglior rapporto costo/beneficio: nel 2019 la % di trattamento con le insuline basali a minor costo (insulina glargine 100UI e 300UI) risulta pari all'88,79% (obv >=85% - Fonte: InSIDER).

Farmaci antiretrovirali

È attivo un gruppo di lavoro specifico coordinato dal Dott. Boschi (Malattie Infettive Rimini). È stato effettuato un monitoraggio attivo sull'impiego dei farmaci in relazione al costo/opportunità e sono state divulgate Linee di Indirizzo aziendali per la gestione della terapia antiretrovirale. Il costo medio/DDD dei farmaci per HIV per il 2019 risulta di €. 5,7 vs €. 6,5 del 2018.

Farmaci epatite C

È stato effettuato un monitoraggio periodico dell'andamento dei consumi ed un arruolamento dei pazienti con verifica delle scelte terapeutiche a miglior rapporto costo/opportunità, secondo i criteri concordati nel

Gruppo di Lavoro regionale. Tutte le prescrizioni sono state valutate prima della loro erogazione e rispettavano i criteri di appropriatezza regionali.

Farmaci antiVEGF

OBIETTIVO ANNULLATO CON DGR 13 e 14 del 07.01.2020

Farmaci neurologici

Il costo medio/DDD dei farmaci per sclerosi multipla risulta per l'anno 2019 in riduzione rispetto al 2018 (€ 25,8 vs € 26,7 del 2018).

2.15.3. Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

È stata garantita la partecipazione attiva ai gruppi di lavoro regionali.

2.15.4. Adozione di strumenti di governo clinico

È stato assicurato l'aggiornamento puntuale e la successiva divulgazione del Prontuario Terapeutico di AVR e la collaborazione con i medici prescrittori per: redazione dei PT sulla piattaforma SOLE, chiusura dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, regolare aggiornamento del DB regionale delle eccezioni prescrittive. Si è realizzata attività di sensibilizzazione dei prescrittori sulla compilazione del DB Oncologico. L'Azienda ha garantito la partecipazione alle attività della Commissione del Farmaco di AVR ed alle riunioni del Coordinamento regionale.

Infine, si è effettuata la divulgazione ed implementazione della documentazione inerente la ricognizione/riconciliazione delle terapie, la gestione clinica del farmaco, la partecipazione attiva agli incontri propedeutici all'attivazione della Cartella clinica informatizzata aziendale, la promozione della sicurezza sull'uso dei farmaci.

2.15.5. Farmacovigilanza

È stato garantito il proseguimento delle attività di farmaco-vigilanza e vaccino-vigilanza. Si sono conclusi i progetti regionali di farmacovigilanza attiva 2017-2019 ed è stata assicurata la collaborazione ai nuovi progetti che partiranno nel 2020. È stato implementato il nuovo gestionale "VIGIERBE" per la segnalazione delle reazioni avverse da fitoterapici ed integratori. Viene regolarmente elaborato un rapporto annuale delle segnalazioni farmacovigilanza dell'Ausl della Romagna (evidenza documentale presso la Direzione Assistenza Farmaceutica).

2.15.6. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Al tema della Dispositivo Vigilanza e più in generale della Sicurezza dei Dispositivi Medici è stata prestata particolare attenzione testimoniata anche dalla istituzione della "Strutturazione della funzione di governo dei dispositivi medici" inserita nel SISTEMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO. PIANO PROGRAMMA GESTIONE DEL RISCHIO 2016 – 2018 (DELIBERAZIONE n. 41/2017) estesa al 2019.

I punti caratterizzanti di tale funzione di governo sono così definiti:

- Definizione di una interfaccia unica e rappresentativa per la gestione dei rapporti e delle comunicazioni verso l'esterno dell'Azienda (Punto Unico di Contatto per la Dispositivo Vigilanza).
- Gestione organica e omogenea degli Avvisi di Sicurezza.
- Gestione organica e omogenea delle Segnalazioni di Incidente e dei Reclami.

- Costruzione di una base dati Aziendale in materia di Vigilanza.
- Coordinamento ed integrazione con l'area della Gestione del Rischio Clinico.

Poi per la formazione specifica degli operatori, oltre alla messa a disposizione di un corso di formazione a distanza, sono stati programmati anche corsi in aula ed in particolare per il 2019:

- è stato organizzato uno specifico momento formativo in aula per la rete dei referenti del rischio clinico con la finalità di coordinare le segnalazioni tra i due sistemi (Incident Reporting - Segnalazione di Incidenti Dispositivo Medico);
- è stato preparato un apposito corso di formazione in aula per tutti gli operatori sanitari, in particolare per quelli dei reparti individuati dalla DGR, proposto in tutti gli ambiti territoriali aziendali per un totale di 10 edizioni.

Indicatori e target:

Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria (Target ≥ 1 evento - Fonte: rilevazione aziendale)

Nel programma formativo aziendale del 2019 sono stati inseriti: 1 corso FAD; 1 corso in aula proposto in 10 edizioni; 1 corso in aula ripetuto 2 volte per la rete dei referenti rischio clinico.

Numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Target $\geq 60\%$ Fonte: rilevazione aziendale)

Il totale dei partecipanti ai corsi è stato di 4.336 operatori, di cui 1.560 afferenti alle UU.OO specificate dalla DGR. Il numero di operatori sanitari appartenenti alle suddette UU.OO. può essere stimato in circa 2.640 unità, per un valore dell'indicatore richiesto pari a 59,1%.

2.15.7. Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici

Sull'area Cardiologica, ed in particolare nel settore della Elettrofisiologia, per quanto riguarda l'impiego dei dispositivi impiantabili attivi (Pace Maker e Defibrillatori Impiantabili) si sono intraprese iniziative mirate ad un miglioramento del governo dei dispositivi con creazione di gruppo di lavoro multidisciplinare avente come obiettivi di lavoro:

- analizzare, condividere e uniformare le modalità di lavoro fra le diverse Cardiologie dei quattro territori dell'Azienda;
- restringere, uniformare ed ottimizzare il repertorio dei dispositivi, adottandole soluzioni economicamente più convenienti in considerazione delle convenzioni disponibili da gare regionali (Intercent-ER), Nazionali (CONSIP) e in mancanza di altre disponibilità attraverso procedure Aziendali.

Fra le azioni di miglioramento individuate si segnala quella riguardante l'adeguato utilizzo dei dispositivi per la resincronizzazione cardiaca, dove si è posto come indicatore il dato del rapporto CRT-P/(CRT-D + CRT-P).

I dati rilevati in corso d'anno hanno rilevato sugli indicatori di osservazione:

- Spesa per paziente su Pacemaker = €. 1.421 vs obiettivo \leq €. 1.636;
- Spesa per paziente su Defibrillatori impiantabili = €. 9.418 vs obiettivo \leq €. 7.790.

Si evidenzia, infine, la collaborazione attiva con l'U.O. HomeCare - responsabile della revisione delle procedure e dei percorsi erogativi per la fornitura di beni sanitari per pazienti diabetici - al fine di individuare punti unici di erogazione per tutti i beni sanitari destinati a tali assistiti.

Indicatori e target:

Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Target >=95% - Fonte: flusso DIME e conto economico)

Alla data del 25.05.2020 su InsidER non sono ancora pubblicati i risultati 2019.

Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Target >=40% - Fonte: flusso DIME e conto economico)

Alla data del 25.05.2020 su InsidER non sono ancora pubblicati i risultati 2019.

Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per le protesi d'anca in Ausl Romagna nel 2019 è stato di €. 1.694,36, decisamente al di sotto del costo medio regionale pari a €. 2.188,93.

Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per pacemaker in Ausl Romagna nel 2019 è stato di €. 1.391,16, più basso del costo medio regionale pari a €. 1.479,65.

Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per defibrillatori impiantabili in Ausl Romagna nel 2019 è stato di €. 9.210,19, superiore al costo medio regionale pari a €. 8.646,11.

2.15.8. Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"

Istruttoria delle domande di concessione ed erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali predisposta in tempi e modalità in linea con le indicazioni regionali, sia per il sostegno sia per l'indennità di residenza. La liquidazione dei contributi concessi alle farmacie rurali per l'anno 2019 è avvenuta nei termini previsti e secondo le modalità descritte nella Determina aziendale 4054 del 12.12.2019.

Sono stati effettuati incontri di confronto con le Associazioni di categoria dei farmacisti, coordinati dalla Piattaforma Amministrativa, inerenti le nuove regole per tariffe e servizi FarmaCup secondo quanto previsto dalla DGR 329/2019 e relativo Documento attuativo. L'intesa raggiunta è confluita nella Determinazione Aziendale n. 233 del 23.01.2020 che approva la nuova convenzione con le farmacie aperte al pubblico, definendo le modalità e le condizioni dell'integrazione delle farmacie nel sistema di accesso alle prestazioni dell'Azienda Usl della Romagna.

3. Assistenza Ospedaliera

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

In coerenza con gli obiettivi definiti dalla DGR 272/2017, l'AUSL della Romagna ha avviato un percorso organizzativo interno al fine di rispondere a quanto in essa indicato.

In particolare, è stato nominato il Responsabile Unico per l'Accesso per l'AUSL Romagna (RUA), che coordina un board chirurgico Aziendale composto da rappresentanti clinici ed organizzativi anche di area assistenziale ed i responsabili dei 4 boards chirurgici locali (uno per ogni ambito territoriale). Questa struttura organizzativa ha il compito di monitorare gli indicatori di esito, studiare le diverse situazioni che concorrono a determinarne l'andamento dei tempi di attesa e pianificare le strategie di intervento. Inoltre, a livello di ogni presidio è stato costituito un organismo di coordinamento locale definito *“Tavolo di programmazione chirurgica settimanale locale”*, coordinato dalla Direzione Medica di Presidio e di cui fanno parte i Direttori delle UU.OO. chirurgiche.

L'efficientamento delle sale operatorie è ritenuto dalla Direzione strategica dell'AUSL della Romagna un obiettivo fondamentale al fine di ottimizzare l'utilizzo degli spazi operatori in funzione del monitoraggio e del governo dei tempi d'attesa dei ricoveri programmati, in linea anche con quanto indicato dalla Regione Emilia Romagna (suddetta DGR n. 272 del 13/03/2017). Al fine ottimizzare la clinical governance dell'intero percorso chirurgico del paziente, l'Azienda ha puntato sul *“Progetto Percorso Perioperatorio Informatizzato”*. Questo progetto consente di:

- supportare la pianificazione *“ragionata”* delle sedute operatorie di elezione da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura;
- supportare l'appropriatezza di assegnazione della classe di priorità, favorendo la condivisione aziendale dei criteri di assegnazione indicati dalla Regione fra i clinici delle medesime specialità, favorendo il monitoraggio delle liste e la pianificazione di eventuali interventi correttivi da parte della Direzione;
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'Azienda attraverso uno strumento omogeneo di tracciabilità delle valutazioni e delle attività svolte;
- garantire l'implementazione di misure di tutela del rischio clinico attraverso l'adozione condivisa dei percorsi perioperatori più adeguati (es. corretta identificazione del paziente tramite braccialetto, informatizzazione della scheda Sale Operatorie Sicure o *“SOSnet”*);
- permettere l'efficientamento delle 84 sale operatorie aziendali grazie alla rilevazione digitalizzata dei tempi operatori e di indicatori di efficienza in sala operatoria preliminarmente condivisi.

L'Ausl della Romagna al fine di standardizzare i criteri di appropriatezza organizzativa e clinica tesi a garantire trasparenza e equità di accesso, ha adottato una procedura aziendale (PA165 Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati chirurgici” del 26/11/2018) che descrive le modalità di gestione delle liste di attesa per la prenotazione dei ricoveri programmati, fornendo regole ed indirizzi generali validi su tutto il territorio aziendale, tenendo conto delle norme nazionali e regionali.

Indicatori e target:

Il relativo lavoro volto al contenimento dei tempi di attesa ha prodotto nel corso del 2019 i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio (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 nel 2019 dell’Azienda USL si attesta al 92,52% mentre il dato medio regionale è al 89,3%.

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 97,1% di interventi entro 180 giorni.

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

BYPASS	85,6
CORONAROGRAFIA	92,6
PTCA	92,6
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	95,2
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	78,4
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	98,2
EMORROIDECTOMIA	90,0
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	83,0
TONSILLECTOMIA	88,1
TOTALE	87,1

Relativamente agli altri obiettivi di programmazione:

Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA

Per gli interventi monitorati (di cui sopra): 90% entro la classe di priorità segnalata

Per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A: 90% entro 30gg

Sulla base delle rilevazioni effettuate dal sistema informativo aziendale, la percentuale della performance sui TDA rilevati in modo prospettico dai dati SIGLA relativa agli interventi monitorati è pari al 71,9%, mentre per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A è del 27%. Il dato è rilevato con sistemi informatici non ancora uniformati. L’Azienda sta procedendo nel miglioramento della corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.

Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018 e 2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017 sul totale dei casi in lista al 31/12/2017: target 100%

E’ in corso lo smaltimento delle liste di attesa degli interventi con data di prenotazione antecedente il 31.12.2017 con riprogrammazione delle sale operatorie aziendali in funzione del raggiungimento di questo obiettivo. I dati analizzati a dicembre 2019 evidenziano che in tutti gli ambiti si è raggiunto oltre il 90% dello smaltimento della lista, con un dato aziendale che si è attestato al 96%. In tabella il dettaglio al 31.12.2019:

AMBITO	In lista al 31.12.2017	Smaltiti nel 2018-2019	% smaltiti
Ravenna	4.494	4.435	98,7%
Forlì	4.620	4.513	97,7%
Cesena	4.949	4.711	95,2%
Rimini	5.098	4.737	92,9%
AUSL ROMAGNA	19.161	18.396	96,0%

Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione N° di obiettivi raggiunti: Target 100% (3/3)

L’Azienda ha adottato una procedura aziendale (PA 145 “Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati chirurgici” del 26.11.2018) cui il RUA per i ricoveri sta dando piena applicazione attraverso il board chirurgico aziendale, i board di ambito ed incontri formativi specifici con gli operatori coinvolti. L’Azienda, grazie alla piena applicazione della suddetta PA, garantisce l’analisi di appropriatezza e la conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria, con unificazione della organizzazione

del percorso. In merito al rispetto dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017), il RUA ha raccolto le indicazioni condivise da tutte le discipline chirurgiche recepite all'interno dei rispettivi dipartimenti e condivise tra gli operatori.

3.2. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2.1. Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto

In relazione alle azioni messe in campo per contenere i tassi di ospedalizzazione dei DRG medici, l'Azienda si è dotata di una struttura organizzativa uniforme per gestire e orientare le dimissioni di pazienti fragili e polipatologici e prevenire il re-ricovero. Infatti, è già da settembre 2018 che è attiva la PA 145 "Percorso dimissioni protette: attività del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio", finalizzata proprio a favorire e garantire la gestione integrata e multiprofessionale delle dimissioni protette, l'utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture cerniera, la dimissibilità dei pazienti dall'ospedale per acuti ed il giusto accoglimento sul territorio. 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 una 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 Pronto Soccorso.

In merito al tema dei controlli sui DRG e sulla documentazione sanitaria, l'Azienda si è dotata di una struttura operativa trasversale, mediante l'individuazione dei componenti per ogni ambito e di un responsabile di processo che si deve occupare dell'organizzazione e della realizzazione delle verifiche sulla documentazione sanitaria, sia a carico delle UU.OO. ospedaliere sia di quelle delle Strutture Private Accreditate. I controlli sono mirati, oltre che alla verifica della corretta compilazione della documentazione, anche alla valutazione sull'appropriatezza di utilizzo delle diverse strutture organizzative. Tale struttura di controllo poi predispone un periodico ritorno degli esiti delle verifiche che viene condiviso con tutte le UU.OO. e infine organizza incontri mirati con singole realtà in caso di situazioni particolari, al fine di correggere gli eventuali comportamenti inappropriati.

Indicatori e target:

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

Nel 2019 in Romagna il rapporto DRG potenzialmente inappropriati vs appropriati si è attestato sul valore di 0,2 considerando il dato complessivo pubblico e privato desunto da InSIDER. Prendendo in analisi solamente l'attività dei presidi pubblici il rapporto scende a 0,16. Il risultato complessivo regionale è 0,19.

N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatelyzza relativi ai DRG chirurgici - riduzione per ciascun DRG: Target < anno 2018

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

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;
- DRG 088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva;

- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC;
- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno);
- DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale;
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione;
- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC.

Il dettaglio evidenza che per tutti i DRG specifici, con l'esclusione del DRG 008, è stato raggiunto l'obiettivo di ridurre i ricoveri rispetto al 2018:

DRG 008 C – pubblico + privato: +5,7% vs 2018.

DRG 088 M – pubblico + privato: -0,16% vs 2018.

DRG 158 C – pubblico + privato: -18,33% vs 2018.

DRG 160 C – pubblico + privato: -3,48% vs 2018.

DRG 429 M – pubblico + privato: -1,4% vs 2018.

DRG 503 C – pubblico + privato: -38,36% vs 2018.

DRG 538 C – pubblico + privato: -23,05% vs 2018.

Fonte: InSIDER

N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 – Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000: target <= 59,1 (valore nazionale 2016)

Nel corso del 2019 il tasso di ospedalizzazione per Malattia polmonare cronica ostruttiva in Romagna è leggermente cresciuto, passando da 105 a 106 ricoveri per 100.000 residenti. Nel dettaglio si rileva una diminuzione del tasso di ospedalizzazione su tutti i distretti, con l'eccezione di Rimini e Ravenna che per le loro dimensioni portano ad un peggioramento della performance complessiva aziendale.

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

Nel corso del 2019 il tasso di ospedalizzazione per Disturbi organici e ritardo mentale in Romagna è lievemente diminuito passando da 39 a 38 ricoveri per 100.000 residenti (tuttavia con incremento rilevato su tutti i distretti ad eccezione di Lugo, Riccione e Forlì), rimanendo altresì oltre il target di 27,1 ricoveri per 100.000 residenti fissato dalla delibera di programmazione.

3.2.2. Reti di rilievo regionale

L'AUSL della Romagna nel corso del 2018 ha promosso lo sviluppo e la realizzazione di circa 30 percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)/progetti innovativi, che sono stati portati a 50 nel 2019, 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 e percorsi sviluppati in risposta ad esigenze emerse dalla valutazione dei bisogni della popolazione locale.

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 di Senologia:

- 1 a Rimini (già esistente e certificato EUSOMA dal 2014) con circa 350-400 donne operate/anno per carcinoma della mammella dalla Chirurgia senologica di Santarcangelo di Romagna, circa 16-20 donne prese in carico settimanalmente dal meeting multidisciplinare con sede a Rimini ed una popolazione residente di oltre 330.000 abitanti;
- 1 a Forlì-Cesena con circa 600 donne operate/anno per carcinoma della mammella dalla Chirurgia senologica di Forlì (sede di Unità operativa), circa 20-25 donne prese in carico settimanalmente dal meeting multidisciplinare con sede a Forlì e una popolazione residente di quasi 400.000 abitanti;
- 1 a Ravenna-Lugo-Faenza con circa 400 donne operate/anno per carcinoma della mammella dall'equipe itinerante della Chirurgia senologica di Ravenna, circa 17-20 donne prese in carico settimanalmente dal meeting multidisciplinare con sede a Ravenna e una popolazione residente di 393.154 abitanti.

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

Indicatori e target:

% interventi in centri <135 casi/ anno – Target: 0

Tutti i tre Centri attivi in Romagna superano la casistica di 135 interventi anno. In Romagna la % di interventi in reparti sopra soglia si attesta al 98,45% (Fonte: InSIDER), essendoci stati 21 interventi su 1.359 effettuati in altri reparti.

% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa – Target: < 7,5 (media nazionale)

La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella rientra nell'obiettivo prefissato essendosi attestato nel 2019 al 5,1% (Fonte: Siver).

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.

In particolare, per la Fibrosi Cistica presso l'hub di Cesena il tempo di attesa è di pochi giorni, molto spesso il primo accesso avviene contestualmente alla richiesta.

L'organizzazione del follow up è autogestita con programmazione periodica (agenda non informatizzata) sia delle visite del centro medesimo sia delle consulenze specialistiche necessarie. Si attua una strategia di segregazione giornaliera dei casi al fine di evitare possibili esposizioni dei pazienti. In genere si apre un ricovero in regime di Day Hospital.

La consulenza genetica è facilitata dalla complanarietà del servizio di genetica e condivisione degli spazi comuni con il Centro Fibrosi Cistica. La consulenza psicologica è garantita dallo psicologo dedicato al dipartimento salute donna infanzia e adolescenza.

Al fine di perseguire l'obiettivo di continuità assistenziale nella transizione dall'età pediatrica all'età adulta è operativo un ambulatorio (2 volte a settimana) all'interno del Centro Fibrosi Cistica con specialisti di area medica (malattie infettive).

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, 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.

Indicatori e target:

% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025; target $\geq 95\%$)

In Romagna la percentuale di ricoveri con almeno una rilevazione del dolore nel corso del 2019 si è attestata al 86,8% a fronte di un dato regionale del 87,32%. Presso gli ospedali di Cesena, Rimini e Novafeltria si riscontrano le performance più negative, con valori inferiori all'85% (fissato inizialmente dall'Azienda come obiettivo 2019 prima della pubblicazione della DGR 977/2019 che ha portato il target al 95%).

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, l'AUSL della Romagna garantisce qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

Per quanto riguarda in particolare la Rete dello Stroke, l'Azienda USL della Romagna ha disposto la concentrazione della casistica di I livello presso gli Ospedali di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, dove sono presenti le maggiori expertise tecnologiche e professionali e dove è possibile effettuare il trattamento trombolitico. Considerato che in letteratura e a livello normativo è previsto che lo stroke venga trattato nell'ambito della Stroke Unit - che si configura come un'area assistenziale di un ospedale, dedicata e geograficamente definita, che tratta i pazienti con ictus e dotata di personale specializzato in grado di garantire un approccio multidisciplinare coordinato ed esperto al trattamento e all'assistenza - le soluzioni che l'Azienda ha già individuato sono la centralizzazione a Cesena delle terapie endovascolari dai territori di Forlì e Rimini e a seguire entro il 2020 alla centralizzazione della terapia endovascolare anche dei cittadini residenti presso la provincia di Ravenna in modo da completare l'intera Rete.

Indicatori e target:

Volumi IMA per struttura – Target: ≥ 100 casi/anno

Tutte le unità operative hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per infarto miocardico acuto, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 99,47% nel 2019 (Fonte: InSiDER).

Volumi PCTA – Target: ≥ 250 /anno

La rilevazione annuale evidenzia che in tutti gli ospedali si rispettano i volumi previsti dal DM70 di almeno 250 interventi all'anno di Angioplastica Coronarica Percutanea, con l'eccezione di Cesena che resta sotto soglia con 216 interventi. La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 93,46% (Fonte: InSiDER).

Volumi PTCA primarie – Target: ≥ 75 (proporzione di PTCA primaria $\geq 65\%$)

La rilevazione annuale evidenzia che anche per l'Angioplastica Coronarica Percutanea primaria per IMA-STEMI si rispettano in tutti gli ospedali i volumi previsti dal DM70 di almeno 75 interventi all'anno, con l'eccezione di Cesena (6 interventi) e Villa Maria Cecilia (66 interventi). La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 90,24% (Fonte: InSiDER).

% di casi di stroke con centralizzazione primaria – Target: $>80\%$

Nel 2019 la percentuale di stroke con centralizzazione primaria in Romagna è al 82,26% (Fonte: InSiDER).

% transiti in stroke unit – Target: $>75\%$

La percentuale di transiti in stroke unit nel 2019 in Romagna è al 56%, mentre il dato regionale (sempre al di sotto del target atteso) è al 57,51% (Fonte: InSiDER).

% trombolisi e.v. – Target: >15%

Nel 2019 la percentuale di trombolisi e.v. in Romagna è al 26,3%, con performance oltre il target presso tutti gli ospedali (Fonte: InSiDER).

% intra-arteriosa. – Target: >5%

La percentuale di intra-arteriosa nel 2019 in Romagna è al 33,7%, con attività centralizzata presso l'ospedale di Cesena (Fonte: InSiDER).

% riabilitazione post-stroke codice 56 – Target: >9%

La percentuale di riabilitazione post-stroke codice 56 nel 2019 in Romagna è al di sotto del target atteso e precisamente sul valore di 6,48%. L'indicatore non raggiunge l'obiettivo in nessun presidio, con l'eccezione di Rimini che raggiunge una performance del 12,6% (Fonte: InSiDER).

Centri di riferimento regionali

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

3.2.3. Emergenza Ospedaliera

In seguito alla nomina del RAE - Responsabile dell'Accesso in Emergenza Urgenza dell'Ausl Romagna - avvenuto in agosto 2019, le attività al riguardo consistono:

- nel prosieguo dell'implementazione delle Delibere Regionali 1827/2017 in tema di piani di gestione del sovraffollamento e della Delibera 1129/2019 sul Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza e Urgenza;
- nell'istituzione di uno stretto e costante raccordo sulle tematiche in esse contenute con Direttore di Dipartimento Emergenza-Urgenza, Referente Medico di Direzione Dipartimento Emergenza-Urgenza, Rid Dipartimento Emergenza-Urgenza, Direttori dei PS delle Strutture ai sensi del piano di riordino ospedaliero, coordinatori di PS e Murg, referente informatico di PS e Referente aziendale programmi informatici per la Direzione Sanitaria.
- nello sviluppo delle modifiche informatiche da apportare al NEDOCS;
- nella definizione delle azioni che richiedono un potenziamento in tutti gli ospedali delle figure del bed manager, case manager e infermieri deputati ai flussi informativi.

Indicatori e target:

% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi: Target > 95%

La percentuale di accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi nel primo semestre 2019 si è attestata al 89,76%, con valori che restano al di sotto del target atteso per i PS di Riccione (81,2%), Lugo (89,73%) e Faenza (86,49%) e il PPI di Novafeltria (91,06%).

% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi: Target > 90%

La percentuale di accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali con più di 45.000 accessi nel 2019 si è attestata al 84,44%, con valori che vanno dal 81,43% del PS dell'Ospedale di Ravenna al 94,1% del PS dell'Ospedale di Cesena (unico a raggiungere il target).

3.2.4. Centrali Operative e 118

L'obiettivo di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze anche nelle condizioni di attivazione delle procedure disaster recovery e business continuity delle centrali 118 Romagna e di Bologna viene perseguito anche con l'interscambio di operatori nella misura richiesta dall'obiettivo. Prosegue pertanto la presenza presso la centrale operativa Emilia Est (Bologna) di operatori della Centrale Operativa 118 della Romagna.

Nell'ambito della formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici si è confermato l'impegno di realizzare corsi di formazione dedicati agli operatori ancora non formati.

Attraverso l'applicazione delle direttive regionali, a seguito dell'accreditamento dei centri di formazione BLS (di recente emanazione), è proseguita l'implementazione del processo per la verifica dei corsi svolti dai soggetti accreditati.

3.2.5. Attività Trasfusionale

Indicatori e target:

Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività – Target: >=80%

E' attivo dal 2014 un monitoraggio costante della situazione di giacenza emocomponenti in AUSL Romagna, tale attività è codificata nella P_01_PSP 01 "Gestione emoteca condivisa" e si esercita con l'invio ai componenti del Comitato di Programma Sangue e Plasma dell'AUSL Romagna di un report almeno settimanale (55 report inviati nel 2019) con l'obiettivo di pianificare in maniera qualitativa e quantitativa la raccolta di emocomponenti, mantenere l'autosufficienza del territorio della AUSL Romagna e concorrere all'autosufficienza regionale e nazionale come da obiettivi del Centro Regionale Sangue. In occasione di ogni riunione di Comitato di Programma Sangue e Plasma vengono inoltre presentati e discussi i dati relativi alla popolazione dei nuovi donatori, dei donatori periodici, delle unità raccolte per tipo di prelievo, dell'andamento dell'utilizzo clinico nei quattro ambiti ospedalieri dell'andamento delle compensazioni col Centro Regionale Sangue e del conferimento del plasma all'industria di frazionamento, dell'andamento degli indicatori di buona pratica trasfusionale.

Nel corso dell'anno 2019 sono state cedute alla compensazione regionale 6.257 unità di emazie, pari al 126% del concordato (4.940), 720 unità di plasma da aferesi e 36 concentrati piastrinici. Sono inoltre stati ceduti all'industria di plasma derivazione 25.426 litri di plasma con un incremento del 8,2% rispetto l'anno 2018. Ciò è il risultato di un incremento della raccolta di plasma da aferesi del 9,4% (pari a 1.532 unità) rispetto al 2018 e di un contemporaneo calo dell'utilizzo clinico (-234 unità pari al -14%).

Attivazione nel 2019 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016

Nel corso del 2019 sono state attivate due convenzioni a partire dal 01.10.2019 a seguito di stipula di convenzione e protocollo operativo con l'AUSL della Romagna e successiva, sempre ad ottobre 2019, visita di autorizzazione all'inizio della attività di produzione e uso clinico degli emocomponenti ad uso non trasfusionale.

Adozione di un programma di PBM aziendale

La PA 194 è adottata in tutti gli ambiti dell'AUSL Romagna da luglio 2019 e nelle UU.OO. oggetto di applicazione della stessa. Il notevole sforzo organizzativo ha portato all'arruolamento di oltre 300 pazienti nel 2019, ciò trova riscontro indiretto nell'indicatore: numero di emazie trasfuse nei reparti oggetto del percorso PBM/numero di pazienti trasfusi nei reparti oggetto del percorso PBM. Il confronto tra il 1° e 2° semestre 2019 evidenzia a fronte di un aumento del numero delle unità trasfuse e dei pazienti trattati, una riduzione del numero complessivo di unità trasfuse per singolo paziente (2° semestre/2019 rapporto 1,24. 1° semestre/2019: rapporto 1,27) per un totale di circa 7000 unità di emazie.

Adozione del sistema informativo unico regionale (secondo calendario concordato)

L'ultima revisione del GANTT regionale attribuisce all'AUSL Romagna come data di attivazione il 30.11.2020 e l'avvio del sistema in data 25 maggio 2021, l'arco temporale è comprensivo di integrazione con sistemi esterni, migrazione dati, formazione del personale, test per l'avviamento.

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

In relazione all'attività di donazione di organi, tessuti e cellule, si precisa che quest'anno non si è ancora tenuto l'incontro bilaterale con il CRT di verifica degli obiettivi dell'anno precedente (2019).

Di norma tale incontro viene organizzato nella prima settimana di marzo ma quest'anno, causa emergenza Covid, non è stato possibile realizzarlo, pertanto i risultati riportati, sebbene definitivi, non sono ancora stati ufficializzati dai competenti servizi regionali.

Indicatori e target:

Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017

Gli Uffici di Coordinamento sono stati attivati. In particolare le sedi di Forlì, Cesena e Rimini hanno realizzato quanto previsto per l'infermiere di coordinamento, prevedendo una figura dedicata; mentre per l'ambito di Ravenna (sedi di Ravenna, Lugo e Faenza) le figure infermieristiche sono parzialmente dedicate con previsione di distacco totale a breve. Tutte le sedi hanno definito un tempo orario per il Coordinatore Locale da dedicare all'attività dell'Ufficio di Coordinamento.

Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)

L'obiettivo complessivo Aziendale è stato raggiunto; considerando gli obiettivi assegnati alle singole sedi ospedaliere tutte hanno raggiunto l'obiettivo assegnato tranne la sede di Rimini e quella di Faenza.

Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) in relazione alle indicazioni CRT_ER per ciascuna azienda

L'attività di prelievo multi-tessuto a cuore fermo è al momento presente solo negli Ospedali di Cesena, Lugo e Forlì. I Coordinamenti Locali hanno concordato col CRT di considerare tutti i donatori multi-tessuto a cuore fermo compreso i donatori DCD. L'obiettivo è raggiunto presso l'Ospedale di Cesena con 7 segnalazioni (obiettivo 4); Forlì ha effettuato 3 segnalazioni (obiettivo 4); Lugo ha effettuato una segnalazione (obiettivo 2).

Donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD)

1. Presidio Ospedaliero di Cesena: almeno 5 segnalazioni di donazioni DCD.

L'obiettivo assegnato a Cesena è stato ampiamente raggiunto con 8 donazioni DCD nel 2019.

2. Presidio Osp. di Cesena e Presidio Osp. di Ravenna: in ottemperanza alla DGR 917 del 18/06/2018 che identifica l'ospedale Bufalini quale Centro di Riferimento Regionale per la donazione di organi a cuore fermo e nell'ottica di una sempre più efficiente rete intra-aziendale per la donazione DCD, si richiede l'avvio di una fattiva collaborazione con il P.O. di Ravenna al fine di implementare in tale sede la suddetta tipologia di donazione (creazione di rete "Area vasta Romagna" programma DCD)

La collaborazione è stata formalizzata ed avviata pur non avendo realizzato donazioni; un caso segnalato a Cesena da Ravenna è stato poi fermato dalla opposizione dei familiari.

3. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.

L'obiettivo è stato raggiunto in tutti i presidi ospedalieri senza neurochirurgia.

4. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%

Presso il presidio ospedaliero di Cesena in cui è presente la neurochirurgia l'obiettivo non è stato raggiunto.

5. Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%

Considerando la media Aziendale delle opposizioni, l'obiettivo è stato raggiunto con una percentuale media di opposizioni del 23%. Considerando le singole sedi Ospedaliere, solo la sede di Faenza non ha raggiunto l'obiettivo con una percentuale di opposizioni del 40%.

3.2.7. Volumi-esiti

L'Azienda prosegue nella valutazione dell'andamento delle performance aziendali in maniera regolare e sistematica, mediante un'analisi puntuale che monitora i risultati agli indicatori raccolti in varie piattaforme di riferimento nazionale, regionale e aziendale (SIVER, griglia LEA, BERSAGLIO, PNE, Piano Performance, DM70).

Indicatori e target:

Colecistectomia laparoscopica: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura – Target: ≥ 100 /anno

In tutte le strutture ospedaliere aziendali deputate (ad eccezione dell'ospedale di Cesena, che si ferma all'82,9% di interventi in reparti sopra soglia) viene garantito il numero minimo di 100 colecistectomie, con un dato per le strutture pubbliche del 95,96% di interventi in reparti sopra soglia. Considerando anche l'attività erogata dal privato accreditato la percentuale aziendale si attesta al 82,74%.

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg -Target: $\geq 75\%$

La rilevazione dell'attività del 2019 mostra un allineamento di tutte le strutture pubbliche aziendali ben al di sopra del 75%, con una media del 90,04%.

numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura – Target: ≥ 75 /anno

Nel 2019 in quasi tutte le strutture ospedaliere aziendali deputate (ad eccezione dell'ospedale di Cesena, che si ferma al 97,34% di interventi in reparti sopra soglia) viene garantito il numero minimo di 75 interventi/anno. Il dato Aziendale è attestato a 99,01% di interventi in reparti sopra soglia.

interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore – Target: $\geq 70\%$

In Romagna, lo standard è garantito da tutte le strutture con l'eccezione dell'ospedale di Riccione che si attesta al 53,5%. Nel complesso la percentuale aziendale è del 76,6%.

Se invece si considera il nuovo indicatore AGENAS che analizza la percentuale di interventi eseguiti entro 48 ore dall'entrata in reparto, la percentuale aziendale scende al 67,49% e i presidi in cui non si raggiunge il target – oltre a Riccione – sono anche quelli di Faenza e Forlì.

Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare – Target: 100%

E' in fase di monitoraggio.

In generale, per quanto riguarda i volumi in tutte le strutture sono ampiamente garantiti i livelli minimi di adeguatezza. Si è inoltre condotta l'analisi relativa alla performance di produzione delle strutture private, con un focus particolare sui volumi minimi delle attività chirurgiche. Le considerazioni sono state condivise con la committenza ed inserite negli accordi AIOP.

3.3. Screening neonatale (oftalmologico, uditivo, per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

Presso l'AUSL della Romagna si è strutturato un protocollo di screening neonatale per tutte le aree indicate: oftalmologica, uditiva, delle malattie endocrine e delle malattie metaboliche ereditarie.

3.4. Sicurezza delle cure

L'AUSL della Romagna nel 2018 ha completato il percorso di costruzione e definizione del proprio assetto organizzativo per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure in ragione della complessità ed estensione dell'Azienda stessa. E' stata pertanto individuata una figura professionale dedicata, in staff al Direttore Sanitario, che esercita la funzione di risk manager aziendale al fine di "assicurare il controllo del rischio connesso all'attività sanitaria e la riduzione degli eventi avversi prevenibili, in forte integrazione con tutte le strutture aziendali a vario titolo coinvolte, sia attraverso attività di individuazione, analisi, trattamento e monitoraggio dei rischi, sia promuovendo l'applicazione delle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure correlate alle raccomandazioni ministeriali e regionali".

Il modello organizzativo prevede che le attività che connotano la gestione del rischio e la sicurezza delle cure e l'attività di programmazione strategica volta a promuovere la cultura della sicurezza in ogni aspetto dell'attività sanitaria siano in capo ad un organismo denominato Osservatorio Aziendale per la Sicurezza delle Cure presieduto dal Direttore Sanitario. All'interno di questo è strutturato il Nucleo Operativo per la Sicurezza delle Cure, organismo tecnico di supporto al Risk Manager e da questi coordinato sul quale converge l'attività reattiva da intendersi sia come analisi che come proposizione di azioni correttive e di miglioramento- rispetto sia al singolo evento che ai rischi emergenti dalle diverse fonti informative.

Indicatori e target:

Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2019 con aggiornamento delle attività previste per il 2020 – Target: evidenza report

Entrambi i documenti (riferiti alle attività 2019 e 2020) sono stati predisposti per l'invio alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione con nota del Direttore Sanitario.

Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 – Target: evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2018

L'andamento nel 2019 evidenzia i miglioramenti richiesti dall'obiettivo in termini di UO segnalanti, che risulta superiore al 90% delle strutture aziendali.

Per quanto riguarda gli eventi sentinella (ES), il nuovo modello organizzativo aziendale prevede una gestione degli stessi da parte dell'UO Medicina Legale in collaborazione con il Risk Manager. E' stata promossa notevole formazione in tema di cultura della sicurezza e della segnalazione, quale elemento imprescindibile per conoscere e migliorare, nonché per una più specifica declinazione delle caratteristiche degli eventi da segnalare, che ha portato, nel 2019, ad un incremento delle segnalazioni e della conseguente attivazione di Significant Event Audit. Rispetto agli eventi significativi, la SEA è stata svolta, non solo in caso di eventi sentinella, ma anche per segnalazioni con esito minore o quasi eventi, al fine di definire le azioni correttive in modo proattivo.

copertura SDO su procedure AHRQ4 – Target: >=90%

La copertura SDO su procedure AHRQ4 per il 2019 (Fonte: Siver) è pari al 96,53%. L'analisi per singolo presidio evidenzia che viene raggiunto l'obiettivo presso tutti gli ospedali.

linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 – Target: >=85%

Il linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 per il 2019 è pari al 84,3% (rilevazione aziendale di maggio 2020), leggermente al di sotto del target atteso. Le maggiori criticità si osservavano presso l'ospedale di Rimini, Ravenna e Forlì. In corso d'anno sono stati organizzati incontri specifici del Team sale operatorie Sicure - con la collaborazione

del controllo di gestione - al fine di analizzare la reportistica e verificare le criticità che determinano una ridotta copertura rispetto all'obiettivo regionale. Durante l'ultimo incontro del 1 ottobre 2019 erano state definite le modalità di recupero dei dati laddove possibile ed era stato definito un piano d'azione al fine di garantire da ottobre a dicembre un'adeguata modalità di gestione del flusso da parte della Chirurgia Vascolare, Chirurgia Pediatrica, Urologia, Ostetricia Ginecologia e Oculistica di tutti gli ambiti. Tali azioni hanno evidenziato miglioramenti, in particolare su Rimini si è passati dal 54,25% del 1° semestre 2019 al 78,9% a chiusura d'anno, di Ravenna che ha raggiunto il 79,7% e di Forlì che ha raggiunto l'80,7%.

Effettuazione osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) - Target: almeno 75 osservazioni per azienda

Sono state effettuate le osservazioni nelle sale operatorie di Chirurgia Generale e Ortopedia dell'Ausl della Romagna. I risultati sono stati presentati e discussi con la Regione e i professionisti di sala operatoria. In seguito a modifiche organizzative legate all'informatizzazione di SSCL in alcuni ambiti aziendali e all'adozione delle azioni di miglioramento definite, si è reso necessario ripetere le Osservazioni come da obiettivo regionale. Il risultato delle ultime osservazioni ha evidenziato un miglioramento in termini di adesione all'uso della check list di sala operatoria.

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

L'effettuazione di SEA in ostetricia vengono realizzati sia in caso di segnalazioni di near-miss ostetrici che per eventi sentinella o eventi significativi. L'analisi coinvolge sia i referenti di ambito per l'area ostetrica che il Tavolo per la sicurezza delle cure, con l'intento di creare una forte sinergia fra le due reti di referenti, quella per i near-miss ostetrici e quella per il rischio. Il report con l'esito dell'analisi dei casi viene inserito dal referente near miss ostetrici sul DB nazionale, inviato al risk manager e in Regione.

effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore – Target: almeno 1 Unità operativa

Nel 2019 il progetto VISITARE ha visto coinvolto l'SPDC di Ravenna. Il team aziendale composto da Gestione del Rischio, SPPA, Direzione Medica e Infermieristica ha pianificato ed attuato il progetto in collaborazione con il direttore, coordinatore e referente del rischio dell'UO. L'obiettivo era di verificare il grado di adesione alle raccomandazioni per la prevenzione della violenza a danno di operatore, nonché raccogliere suggerimenti e/o bisogni dei professionisti per il miglioramento continuo della sicurezza. Appena elaborati verranno presentati i risultati.

Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto – Target: Emanazione procedura aziendale

L'Ausl della Romagna ha deliberato la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di adattare a livello locale le linee d'indirizzo regionali in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale. Il gruppo di lavoro ha prodotto la bozza della procedura per la gestione delle vie aeree difficili. La stessa è stata condivisa e discussa il 2 ottobre con il Team Aziendale sale Operatorie Sicure e presentata e discussa con i direttori, coordinatori e referenti del percorso vie aeree durante il seminario specificatamente organizzato il 4 novembre a Pievesestina. Il 10 novembre è stata formalmente diffusa la PA 223 "Gestione delle vie aeree del paziente adulto in anestesia".

Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto – Target: Emanazione procedura aziendale

La procedura per tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto è stata diffusa. Attualmente è in fase di predisposizione la Procedura inerente l'ambito medico.

Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019 – Target +30% rispetto a partecipanti del 2018

La FAD sulle cadute, nel corso del 2019, è stata effettuata da n. 816 operatori a cui si devono aggiungere n. 400 professionisti che compongono la rete dei referenti che hanno partecipato a specifico corso residenziale sulla prevenzione delle cadute durante la formazione dedicata alla Rete. Si sottolinea che nel biennio precedente la FAD era già stata effettuata da almeno il 70% dei professionisti delle degenze, con picchi di copertura fino al 98%. Si evidenzia, inoltre, che nel 2019 la formazione sulla prevenzione delle cadute è stata effettuata a tappeto come FSC su

tutte le UU.OO. Infatti, nel 2019 gli operatori sono stati formati direttamente in UO durante l'implementazione della sezione Gestione del Rischio all'interno della cartella informatizzata di Log 80.

Estendere l'attività di auditing, tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute / procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta dell'azienda in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019 – Target: N. 4 audit e reporting complessivo dei risultati

Le UU.OO. coinvolte nell'audit sono state: Geriatria di Forlì, Geriatria di Cesena, Medicina di Lugo e Medicina 1 di Rimini. L'audit sarà condotto dai Referenti Gestione Rischio di ambito con il direttore, coordinatore e referente del rischio di UO. I dati sono inviati ed elaborati a livello regionale.

3.5. Accreditamento

L'Azienda USL della Romagna, nel mese di marzo 2019, è stata sottoposta a visita per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale RER da parte dell'OTA dell'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale. La visita è stata preceduta da un percorso di progressivo miglioramento del livello di adesione ai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017. L'esito della visita ha confermato e migliorato l'autovalutazione aziendale inviata in RER in allegato alla domanda di accreditamento e quindi confermato il pieno possesso dei requisiti di accreditamento di cui alla suddetta DGR (come rinvenibile da Verbale visita di accreditamento ASSR). Nell'anno 2020 sono stati programmati audit di mantenimento del sistema di gestione qualità aziendale.

Indicatore e target:

Effettuazione della verifica di rinnovo di accreditamento entro il 31.12.2019.

La visita di rinnovo di accreditamento è avvenuta nelle giornate del 19,20,21 marzo 2019.

Conferma del possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della verifica effettuata dall'OTA – Target: 100%

La verifica ha confermato il pieno possesso dei requisiti generali previsti in DGR.

3.6. Lesioni da pressione

Nel 2018 è stata pubblicata nel Sistema Qualità la Procedura Aziendale sulla Prevenzione delle lesioni da pressione, come adattamento locale delle specifiche linee d'indirizzo regionali. L'AUSL della Romagna ha aderito al progetto regionale per l'implementazione delle buone pratiche per la prevenzione delle lesioni da pressione e del sistema di verifica attraverso la realizzazione dell'audit nelle unità operative pilota.

Indicatori e target:

Conduzione dell'audit "T1" nelle unità operative pilota: target 100%

L'azienda ha effettuato l'audit al Tempo 0 (T0) nelle giornate dal 26 novembre al 7 dicembre 2018 nelle seguenti UU.OO.:

Cesena - Medicina Interna Cesena;

Forlì - Chirurgia specialistica TOA; Medicina;

Ravenna - Medicina 1° piano Ravenna, Post Acuti Faenza;

Rimini - Ortopedia Rimini.

Nei mesi di Febbraio e Marzo 2019 sono stati organizzati eventi formativi in tutti gli ambiti territoriali dell'Ausl Romagna per gli operatori delle UU.OO. pilota. Hanno partecipato gli infermieri, il coordinatore infermieristico e i medici. Sono state utilizzate le slide fornite dalla RER. Il 15.03.2019 è stata ufficializzata la procedura trasversale sulla prevenzione delle lesioni da pressione (DIT P 03 del 15.03.2019) sulla base delle linee di indirizzo regionali.

Gli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione: Target >=75%

La Regione a luglio 2019 ha attivato il corso FAD Prevenzione delle Lesioni da Pressione. Il corso è stato diffuso, le UU.OO. informate e sensibilizzate sulla necessità di effettuare il corso obbligatoriamente a tutti gli infermieri e medici delle UU.OO. pilota nel periodo agosto - ottobre. Il corso è comunque aperto a tutti i professionisti dell'Ausl Romagna.

3.7. Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

Indicatore e target:

Aggiornamento della procedura aziendale secondo le linee di indirizzo regionali

L'Azienda ha partecipato con propri operatori al Gruppo di Lavoro regionale per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla buona pratica e sull'utilizzo degli accessi vascolari centrali. E' stato individuato il gruppo di lavoro aziendale e il referente della U.O. Qualità e Governo Clinico che si occuperà della revisione della documentazione al momento presente in azienda e al relativo aggiornamento secondo le linee di indirizzo regionali.

4. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

4.1. Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

Il consuntivo 2019 dell'Azienda USL della Romagna rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende Sanitarie dalla DGR n. 977/2019: l'utile di esercizio è pari a € 29.942.

L'analisi dettagliata dei risultati raggiunti in riferimento all'obiettivo di garantire l'equilibrio economico-finanziario è contenuta nel precedente capitolo 5 della presente relazione avente ad oggetto "La gestione economico-finanziaria dell'Azienda".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati dalla DGR 977/2019, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2019 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale a settembre 2019. Di tale verifica è stata informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

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

4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, nel 2019 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 -19,5 giorni¹ a fronte dei -5,81 del 2018, dei + 1,79 giorni del 2017, +6,8 giorni del 2016, + 12,65 giorni del 2015 e + 20 giorni registrati nel 2014.

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

4.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili

Anche nel 2019 l'Azienda USL della Romagna ha lavorato nel rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali in materia contabile ed in particolare:

- nel perfezionamento delle modalità di applicazione dei principi di valutazione specifici e dei principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario;
- nel miglioramento delle modalità di compilazione degli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- nella verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011 e della relativa Casistica applicativa, nonché delle indicazioni regionali;
- nell'implementazione e nel corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- nella puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA;

¹ Fonte: UO Bilancio e Flussi Finanziari dell'Azienda UsL della Romagna. Al 25.05.2020 il dato definitivo non risulta ancora pubblicato in SIVER.

- nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del proprio bilancio anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale
- nell'assicurare nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche e nel bilancio di esercizio, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso l'alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali, effettuando le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale.

L'Azienda, inoltre, ha già provveduto ad istituire la funzione di Audit Interno assegnata ad un dirigente dal 1 gennaio 2016.

Indicatori e target:

Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio

L'Azienda garantisce la coerenza di compilazione degli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario).

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

Nel 2019 si è raggiunto il 100% degli adempimenti.

4.1.3. La regolazione dei rapporti con i produttori privati

Indicatore e target:

Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite (target: 100%)

L'Azienda si è impegnata per garantire la completa alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi, nel rispetto delle scadenze prestabilite.

4.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Il progetto esecutivo dell'implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile ha subito uno slittamento significativo e la migrazione integrale delle attività amministrativo contabili dell'A.USL Romagna sul GAAC, calendarizzata per il 1° giugno 2019 è stata posticipata ad una data ancora da definirsi (presumibilmente nell'ultimo trimestre 2020). Di conseguenza tutte le specifiche attività di implementazione ed avvio del nuovo sistema non sono potute partire.

Nel corso del 2019 l'AUSL Romagna ha comunque:

- garantito la partecipazione costante dei referenti aziendali al Tavolo GAAC;
- assicurato al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema secondo le tempistiche programmate;
- assicurato la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;
- assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali inerenti Centri di costo, Fattori Produttivi e Conti alle anagrafiche GAAC. E' stato inoltre svolto un percorso interno di controllo delle anagrafiche dei fornitori anche in funzione della partenza, prevista (ma non certa) per il 1° ottobre 2019 del Nodo Smistamento Ordini (NSO). Per quanto riguarda gli articoli e le restanti

anagrafiche accessorie necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC si è in attesa che a livello regionale di definisca meglio il timing esecutivo e si possano avviare i necessari confronti con la RTI per le attività da svolgersi. A riguardo si sottolinea che l'Ausl della Romagna, insieme a Reggio Emilia e Bologna, è punto di riferimento per la strutturazione delle anagrafiche uniche regionali degli articoli e svolge già un ruolo pienamente attivo sul Gaac inerente il processo di candidatura, approvazione e manutenzione dei prodotti riguardanti i servizi non sanitari;

- assicurato l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP).

Per quanto riguarda la dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi l'Azienda ha assicurato la collaborazione con IntercentER. In attesa che vengano pubblicate le Linee Guida Ministeriali concernenti la gestione degli ordini elettronici e la trasmissione per il tramite del Nodo di smistamento degli Ordini (NSO) sono state inviate a luglio 2019 mail a circa 2 mila fornitori con invito ad registrarsi sul Sistema per gli Acquisti Telematici dell'Emilia-Romagna (SATER) – al fine di ottenere l'“identificativo PEPPOL”, necessario per ricevere ordini in modalità elettronica; in data 11/9/2019 è stata inviata nota di sollecito cartacea a tutti i fornitori di beni che non risultavano ancora dotati di IDPEPPOL.

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

Relativamente all'obbligo di indicare all'interno delle fatture elettroniche relative ad acquisti di prodotti farmaceutici il Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), l'Ausl della Romagna ha implementato uno strumenti di controllo che rileva giornalmente le eventuali discrepanze fra gli AIC presenti nella bolla e quelli presenti (o mancanti) in fattura.

Per quanto riguarda l'obbligo dell'emissione della fattura elettronica a privati, l'AUSL della Romagna a decorrere dal 01/01/2019 emette le fatture verso i privati in formato elettronico in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER.

4.1.5. La mobilità internazionale

Indicatore e target:

Tempestività nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti (target: 100%)

L'Azienda è impegnata per garantire l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per il Progetto EESSI elaborato dall'Unione Europea (UE) per la dematerializzazione dei documenti.

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

INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA FRA INTERCENT-ER E LE AZIENDE SANITARIE

L'Ausl della Romagna partecipa attivamente alla condivisione degli obiettivi di pianificazione e alle strategie di acquisto definite a livello regionale esercitando una azione di *commitment* sullo sviluppo complessivo del sistema di centralizzazione delle procedure di acquisto e sull'utilizzo dello strumento dell'e-procurement. Si impegna inoltre a diffondere all'interno della propria organizzazione le priorità definite in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale.

SVILUPPO DELL'E-PROCUREMENT E DELLA DEMATERIALIZZAZIONE DEL CICLO PASSIVO

Al fine di ottemperare le disposizioni in merito alla emissione, trasmissione, conservazione ed archiviazione elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi a partire dal prossimo 1 Ottobre 2019, entrata in vigore dell'obbligo, è in fase di completamento il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti che porta ad un'ottimizzazione delle azioni già avviate nello scorso anno. In particolare, si sta operando per:

- sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto, per ridurre risorse impegnate ed errori;
- aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria, gestite attraverso il mercato elettronico regionale, al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

Indicatori e target:

Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 45% del totale degli acquisti di beni e servizi

L'UO Acquisti Aziendali 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 utilizza il mercato elettronico regionale e, solo in misura residuale, quello di CONSIP, per le procedure sotto soglia comunitaria. E' proseguita anche nel 2019 la collaborazione del personale dell'U.O. Acquisti designato responsabile del procedimento in gare della Centrale di acquisto regionale, garantendo l'espletamento delle gare assegnate. Anche tale collaborazione ha consentito all'AUSL di raggiungere il 45% dei propri acquisti di beni e servizi su convenzioni attive regionali (Anno 2018: 46,22%; Anno 2019 in linea con il target, con la rilevazione puntuale sull'esercizio 2019 che verrà inviata alla Regione appena disponibile).

Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie

Nel corso del 2019, vi è stata un'adesione al 100% delle convenzioni relative a antisettici e disinfettanti e parimenti un'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. Il totale degli importi dei contratti relativi ad antisettici e farmaci stipulati su convenzioni Intercent-ER risulta in entrambi i casi superiore al 90% del totale degli acquisti 2019.

Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)

L'obiettivo è stato pienamente raggiunto avendo ben avviato oltre 100 gare sul MerER - mercato elettronico di Intercent-ER.

Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31 dicembre 2019

Tutti gli ordini emessi verso fornitori che utilizzano la modalità "PEPPOL" sul Sistema per gli acquisti telematici dell'Emilia Romagna (SATER), sono inviati tramite il Nodo Telematico di Interscambio (NoTI-ER).

4.3. Il governo delle risorse umane

La programmazione 2019, definita alla luce delle linee guida in tema di PTFP, ha preso avvio dall'esigenza di garantire lo sviluppo e l'implementazione della riorganizzazione conseguente all'adozione dei documenti di riordino riferiti sia alle strutture ospedaliere che a quelle a valenza territoriale, attraverso il mantenimento degli organici necessari per la garanzia dei livelli assistenziali e la loro implementazione in relazione alle criticità emerse dall'applicazione delle disposizioni della Legge 161/2014 e dal rispetto delle

norme a garanzia dei lavoratori in particolari condizioni (tutela della genitorialità, legge 104, disabilità e limitazioni idoneità lavorativa, ecc...).

In linea con le indicazioni della programmazione 2019, nel corrente anno sono proseguite le azioni di stabilizzazione del precariato mediante costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato in luogo di corrispondenti rapporti di lavoro a tempo determinato, con contestuale cessazione degli stessi e senza costi aggiuntivi. Tali azioni vengono poste in essere, oltre che in applicazione delle disposizioni del D.Lgs 75/2017 e dei successivi protocolli regionali in materia (già oggetto di applicazione nel corso del 2018), prevalentemente attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento. L'approvazione delle graduatorie concorsuali e in particolare quelle per infermieri e per OSS, ha consentito, nel corso dell'anno 2019, la stabilizzazione di oltre 480 rapporti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato.

Le politiche attivate per il superamento dei rapporti di lavoro autonomo hanno consentito, dal 2015 una sostanziale riduzione degli stessi. Risulta tuttavia ancora particolarmente critico il settore dell'emergenza urgenza, nell'ambito del quale le ripetute procedure selettive pubbliche per la costituzione di rapporti di lavoro dipendente a tempo determinato e indeterminato non riescono a garantire il reclutamento di un adeguato numero di risorse professionali mediche. Per fronteggiare le esigenze cui non si riesce a far fronte con il personale dipendente o attraverso l'assegnazione di incarichi a tempo determinato per i settori di attività disciplinati dall'ACN 23/03/2005 e s.m.i., fra cui il settore dell'emergenza sanitaria territoriale (MET) e nelle more della predisposizione di sempre nuove ulteriori graduatorie di pubblico concorso e avviso per la costituzione di rapporti di lavoro dipendente, si è provveduto a supportare le attività nell'ambito delle diverse Unità Operative di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza e Punti di Primo Intervento attraverso la costituzione di rapporti di lavoro autonomo con medici adibiti allo svolgimento di specifiche attività secondo le caratteristiche consentite dalla suddetta tipologia contrattuale. Nel 2019 il ricorso a rapporti di lavoro autonomo è stato anche utilizzato per specifici progetti fra cui in particolare il progetto "buon uso del farmaco 2019 – continuità assistenziale ospedale territorio".

Al fine di garantire il governo delle strutture aziendali, anche a sostegno dello sviluppo dei nuovi assetti organizzativi definiti alla luce dei documenti di riordino (in coerenza con le disposizioni del DM 70/2015), è proseguita nel 2019 l'attività di selezione finalizzata all'individuazione dei direttori dei distretti sanitari di Cesena-Savio, Rubicone, Lugo, Faenza, Riccione, e delle seguenti Unità Operative: Cardiologia Ravenna (Faenza, Lugo), Emergenza Territoriale Prov. Ravenna - Centrale Operativa Romagna, P.S. Medicina d'urgenza Riccione, Otorinolaringoiatria Rimini, Geriatria Forlì, Neurologia Cesena (Forlì), Prevenzione Oncologica Ravenna, Ortopedia e Traumatologia Riccione, Pneumologia Lugo, Medicina Interna Lungodegenza San Piero, Medicina Interna Lungodegenza Santarcangelo, Chirurgia Vascolare Ravenna, Neurologia Rimini, Medicina Interna Lungodegenza Forlì-S. Sofia. Si provvederà verosimilmente entro la fine del corrente anno all'attribuzione degli incarichi di direzione delle UO P.S. Medicina d'urgenza Rimini, UO P.S. Medicina d'urgenza Ravenna, UO Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale-Pediatria Cesena, UO Medicina Interna Faenza, UO Immunoematologia e medicina trasfusionale Rimini, UO Immunoematologia e medicina trasfusionale Ravenna, UO Medicina Interna Cattolica, UO Medicina Interna e Lungodegenza Novafeltria, UO Anatomia Patologica Rimini (non attribuito per mancanza di idonei), UO Urologia Forlì, UO Farmacia Pievesestina, UO Terapia Antalgica Ravenna, UO Otorinolaringoiatria Ravenna, UO Medicina Interna Lugo.

Le politiche di integrazione dell'AUSL della Romagna, sono necessariamente rivolte, con riferimento sia alle aree amministrative, tecniche e di staff sia al processo di riordino ospedaliero, allo sviluppo di accordi e regole idonei ad omogeneizzare l'applicazione degli istituti giuridici ed economici in tema di personale. In

particolare l'anno 2019 ha visto l'Azienda impegnata da un lato nel percorso di implementazione del nuovo assetto degli incarichi della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria e, dall'altro, nell'applicazione delle disposizioni del citato nuovo CCNL del Comparto in tema di Incarichi di Funzione. Entrambi i percorsi hanno costituito per l'Azienda un'importante opportunità di omogeneizzazione dei trattamenti, superando definitivamente i precedenti Accordi e regolamenti, e contestualmente di integrazione e sviluppo delle professionalità. Per la Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria è stato quasi integralmente completato dal mese di dicembre 2019 mentre il Comparto sanitario ha visto la prima trincea di incarichi con decorrenza 1° luglio e per l'area amministrativa e tecnica a far tempo dal 1° novembre.

Il percorso di implementazione del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), ha costituito per l'Azienda un'ulteriore opportunità di sviluppo del percorso di armonizzazione delle regole, sia a livello interno sia sovra aziendale. È stata garantita la massima collaborazione dell'Azienda nella prosecuzione del progetto, sia tramite la partecipazione ai gruppi regionali sia attraverso la responsabilizzazione di tutti gli operatori dedicati alla gestione economica, giuridica e della rilevazione assenze e presenze dell'area delle risorse umane, all'implementazione e sviluppo del Sistema.

In merito allo sviluppo e alla valorizzazione del personale nonché delle relazioni con le Organizzazioni Sindacali l'Azienda, nel rispetto della D.G.R. n. 2278 del 27/12/2018 in materia di linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa relativa al personale del Comparto (CCNL 21.5.2018), ha provveduto a dare concreta applicazione alla previsione contrattuale di cui all'Art. 58 "Trattamento economico – normativo del personale con contratto a tempo determinato", dell'art. 86 in materia di "Indennità per particolari condizioni di lavoro e dell'art. 87 "Indennità per l'assistenza domiciliare" (collaboratori assistenti sociali). Sempre ai sensi della richiamata D.G.R. l'Azienda, al fine del controllo e corretto orientamento delle risorse disponibili, ha posto particolare attenzione, nell'ambito della contrattazione integrativa, ai criteri di ripartizione delle risorse all'interno dei due Fondi contrattuali. Ciò con particolare riferimento al Fondo "Condizioni di lavoro ed incarichi" rispetto al quale si è definito il finanziamento del sistema degli incarichi di funzione e la previsione di un budget complessivo per lo straordinario.

Il costo relativo al personale dipendente ammonta a consuntivo ad Euro 749.317.420 e risulta superiore di 20.682.280 Euro (+2,84%) rispetto al dato previsionale. Tale incremento è relativo per Euro 9.511.479 all'applicazione del CCNL dell'Area Sanità triennio 2016-2018 sottoscritto il 19/12/2019 e per Euro 5.724.961 all'applicazione del contratto 2019-2021 che ha comportato nel corso dell'esercizio la corresponsione a tutte le aree contrattuali dell'indennità di vacanza contrattuale ed al personale del comparto dell'elemento perequativo.

In sede di bilancio preventivo i costi dei contratti erano stati previsti negli accantonamenti a fondi rinnovi contrattuali e non nel costo del personale dipendente.

L'incremento di spesa, al netto dei suddetti costi contrattuali, rispetto al preventivo e corrispondente allo 0,75%, è connesso alle assunzioni di cui alla programmazione dei fabbisogni declinata nel PTFP 2019-2021 che risente dello sviluppo del progetto aziendale circa la realizzazione dei percorsi di cura attraverso le reti cliniche, i programmi e le progettazioni dipartimentali per la realizzazione degli obiettivi aziendali e regionali. Da ciò l'esigenza di attivare numerosi nuovi servizi e progetti tra i quali, solo a titolo esemplificativo, si segnalano la centralizzazione della diagnostica interventistica dei pazienti con stroke presso la neuroradiologia, la rimodulazione della Centrale Operativa 118 con l'attivazione del POF h 24 e l'adeguamento delle postazioni 118, l'implementazione della procedura di Emodinamica in urgenza H24 per i pazienti in carico al Trauma Center, il progetto di riorganizzazione dell'U.O. di Chirurgia - U.O. Urologia Ravenna, l'apertura della Diagnostica RM per Rimini, l'incremento degli ambulatori

infermieristici ed altri servizi presso le Case della Salute, l'attivazione di posti letto di Ospedale di Comunità a Ravenna, l'abbattimento delle liste d'attesa per interventi chirurgici e tempi d'attesa della diagnostica. Si aggiunge che l'incremento della dotazione organica all'attuale fabbisogno aziendale ha richiesto, quale conseguenza, l'adeguamento dell'organico integrativo in applicazione degli istituti contrattuali e della normativa vigente a tutela del lavoratore.

Si rileva inoltre che l'Azienda a decorrere dal 1° gennaio 2019 ha optato per il passaggio dal calcolo dell'IRAP con il "metodo retributivo" al calcolo dell'IRAP utilizzando il "metodo misto" che ha comportato una riduzione del costo sostenuto per l'imposta.

4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

L'Azienda è dotata da tempo di un assetto organizzativo rispondente ai requisiti di processo e organizzativi individuati dalle linee di indirizzo regionali pubblicate nel 2016. Inoltre, nel gennaio 2019 è stata pubblicata la procedura per la "Gestione delle richieste di risarcimento danni a terzi conseguenti all'attività sanitaria" adeguata alle predette linee di indirizzo regionali e alle indicazioni date alle aziende circa il rispetto delle disposizioni previste dall'art.13 della L. 24/2017. Si rappresenta, peraltro, che la suddetta procedura individua vari momenti nei quali può essere possibile l'individuazione del personale coinvolto (fase preistruttoria; fase istruttoria; fase decisoria nel CVS) in relazione alla disponibilità della documentazione e delle informazioni utili allo scopo. Inoltre, viene individuato quale momento fondamentale dell'istruttoria medico legale la discussione del caso con gli operatori sanitari coinvolti.

Con riguardo alla relazione fra Aziende Sanitarie e Nucleo Regionale di Valutazione dei sinistri si è conformata a quanto stabilito sia nella determina dirigenziale 4955/2014 che nella nota PG 2019/159500 del febbraio 2019. Inoltre, onde rispettare il termine di 6 mesi dalla data della richiesta e la data di determinazione del CVS, con particolare riferimento ai sinistri di seconda fascia da trasmettere al Nucleo Regionale di Valutazione dei sinistri, è stata predisposta una scheda per l'assegnazione delle tempistiche di completamento delle istruttorie medico legali dei sinistri e del potenziale valore economico degli stessi da compilare al momento dell'apertura del sinistro che sarà sperimentata nel corso del 2019.

In ogni caso i sinistri che, in base alla tipologia di evento ed a quanto emergente in fase preistruttoria, potrebbero attestarsi al di sopra della soglia economica aziendale sono oggetto di particolare attenzione, sia nella fase iniziale che nella loro evoluzione, al fine di identificare rapidamente le situazioni di potenziale maggiore impatto economico.

In esecuzione a quanto richiesto con la predetta nota PG 2019/159500, viene fornita al Nucleo Regionale di Valutazione, una sintetica relazione sui casi da sottoporre in veste semplificata, nell'ottica di garantire una effettiva cogestione Azienda /Regione. Di tale adempimento si terrà conto in occasione della revisione della procedura PA 199 "Gestione delle richieste di risarcimento danni a terzi conseguenti all'attività dell'Azienda Sanitaria".

Indicatore e target:

Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale

In merito al rispetto dei tempi del processo, continua il monitoraggio trimestrale di tali tempistiche che, standardizzato nel corso degli anni precedenti, ha consentito di migliorare la velocità delle istruttorie medico legali e delle determinazioni del CVS, raggiungendo gli standard regionali. In particolare, dal flusso regionale sul Contenzioso Legale si evince che i sinistri aperti nel 2019 con valutazione medico legale sono stati il 43,7% (in linea con la media regionale pari al 43,2%) e di questi ultimi quelli che presentano anche la determinazione del CVS sono il 97,6% (performance superiore alla media regionale che è al 88,8%). Anche se analizziamo la percentuale di sinistri con

intervallo ≤ 180 giorni fra apertura e determinazione CVS riscontriamo una performance decisamente migliore della media regionale (80,43% vs 66,11% - Fonte: Siver).

Grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo

Per quanto attiene la completezza del database regionale, tutti i sinistri aperti nel database sono regolarmente aperti entro il 31 gennaio dell'anno successivo. Tale attività è ormai standardizzata e si è realizzata anche per il 2019.

Entro il 31 luglio 2019, invio alla regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018

È proseguito anche nel corso del 2019, nel rispetto delle tempistiche previste, il piano aziendale di smaltimento dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del programma regionale.

4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza

La Legge Regionale n. 9 del 01/06/2017 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 (PTPC 2019-2021), approvato con deliberazione n. 31 del 31/01/2019. In particolare la citata L.R. n. 9/2017 prevede che gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza siano perseguiti anche tramite l'emanazione, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, del Codice di comportamento dei dipendenti conforme alle suddette disposizioni regionali. L'adozione di tale Codice da parte di ciascuna Amministrazione rappresenta infatti una delle principali "azioni e misure" di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione, di cui alla L. n. 190/2012. In conformità allo schema tipo di Codice di cui alla DGR n. 96/2018, l'Azienda, pertanto, all'esito di una procedura aperta alla partecipazione, con deliberazione n. 209 del 30/05/2018, ha approvato il "Codice di comportamento per il personale operante presso l'Azienda USL della Romagna". Tale Codice aziendale definisce i doveri costituzionali, i valori e i principi etici che i dipendenti ed il personale operante a qualunque titolo presso l'Azienda siano 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.

L'Azienda partecipa al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR - la cui costituzione è stata formalizzata con Determinazione della RER n. 19717 del 05.12.2017. Il citato Tavolo, nel corso del 2019, ha attivato uno specifico gruppo di lavoro, a cui ha partecipato anche un dirigente dell'Ufficio di supporto del RPCT dell'AUSL della Romagna, per elaborare uno Schema tipo di regolamento per la gestione della formazione sponsorizzata delle Aziende sanitarie e degli Irccs pubblici della Regione, al fine di dare attuazione, in maniera uniforme in tutte le aziende sanitarie regionali e nel rispetto delle quadro normativo vigente, a quanto previsto all'art. 16 del Codice di comportamento aziendale.

Tale documento è stato presentato nell'incontro del 21.11.2019 al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende ed enti del SSR. Il

Coordinatore del sopracitato gruppo di lavoro con mail del 09.12.2019 ha comunicato che il documento è in corso di definizione da parte dei competenti Uffici regionali. L'Azienda si conformerà al contenuto del predetto documento regionale non appena la Regione lo avrà formalizzato.

Relativamente al tema del conflitto di interessi, in coerenza con le disposizioni della L.R. n. 9/2017 e del Codice di comportamento aziendale, il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza ha elaborato una modulistica condivisa in sostituzione della modulistica cartacea già in uso. Pertanto, da novembre 2018, le dichiarazioni/comunicazioni sono rese dai dipendenti con modalità informatiche, tramite il "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane - GRU" nel quale sono disponibili le dichiarazioni da compilare per adempiere agli obblighi previsti dal Codice di comportamento ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62/2013. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha invitato con specifiche comunicazioni tutti i dipendenti ad adempiere alla compilazione di tali dichiarazioni tramite il citato sistema informatico ove sono disponibili i differenti moduli delle dichiarazioni richieste (dichiarazione patrimoniale/reddituale per il personale dirigente; comunicazione interessi finanziari e conflitti di interessi per tutto il personale; dichiarazione partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari per il personale dirigente; comunicazione dell'adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni per tutto il personale), rammentando, inoltre, ai Responsabili della valutazione del personale che sono tenuti a monitorare tramite il sistema informatico, nella sezione "Visualizzazione dichiarazioni compilate", le dichiarazioni effettuate dai propri collaboratori - relativamente a comunicazione interessi finanziari e conflitti di interessi, dichiarazione partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari, comunicazione dell'adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni, accertare che tutti abbiano provveduto ed eventualmente sollecitare l'adempimento, nonché esaminare le dichiarazioni positive per una valutazione circa la sussistenza di conflitto d'interessi anche potenziale. Inoltre nel 2019 è stata attivata la nuova funzione informatica di "Conferma" delle dichiarazioni, da utilizzare nel caso in cui le situazioni già dichiarate nell'anno precedente non siano cambiate. Sulla base dei dati rilevati al 31.12.2019, le dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi risultano raccolte tramite il sistema informatico WHR (portale del dipendente) per il 93% sia per il personale del comparto che per il personale della dirigenza.

Per quanto riguarda le misure di prevenzione e contrasto degli eventi corruttivi in ambito funerario, l'Azienda, al fine di rafforzare i meccanismi di contrasto a fenomeni corruttivi, alla luce di quanto previsto dall'art. 18 del Codice di comportamento aziendale, nel 2019 ha adottato la procedura PA200 "Gestione dei decessi in ambito ospedaliero" che definisce, tra l'altro, in ottemperanza agli obblighi normativi in materia, la tracciabilità delle attività degli operatori delle imprese funebri private incaricate della vestizione che hanno accesso agli appositi spazi della camera mortuaria, la turnazione/rotazione del personale dipendente in applicazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed i controlli da svolgersi oltre all'attività ordinaria di vigilanza. Nel 2019 è stata attivata anche la rotazione degli operatori degli obitori di Forlì e Cesena e di Faenza e Lugo, oltre a quella già in essere nei presidi ospedalieri dell'ambito di Rimini.

Con riferimento alla rotazione del personale nello specifico ambito veterinario, allo scopo di migliorare la trasparenza e prevenire possibili conflitti di interessi nell'esecuzione dell'attività di vigilanza e controllo svolta dai dirigenti veterinari, il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica ha definito una procedura aziendale comune per uniformare il sistema di avvicendamento periodico all'interno degli ambiti territoriali dell'AUSL, disponendo già dall'1 gennaio 2016 che i medici veterinari operanti in un determinato territorio e che svolgevano attività di controllo ufficiale nello stesso stabilimento da più di tre anni fossero

riassegnati indipendentemente dal ruolo ricoperto. La procedura di avvicendamento è stata formalizzata con Determinazione n. 2844 del 17/10/2017 del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, con cui sono state adottate le *“Linee guida per la rotazione del personale (dirigenziale e non) del Dipartimento di Sanità Pubblica addetto al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza”*. Al riguardo si rappresenta il RPCT si è riservato di effettuare verifiche anche a campione sull’attuazione della rotazione del personale e, già nel 2018, ha sottoposto a verifica l’attuazione della rotazione negli ambiti territoriali dei Dirigenti Veterinari del Dipartimento di Sanità Pubblica. La rotazione, come da rendicontazione prodotta al RPCT in sede di monitoraggio per l’elaborazione del PTPCT, è proseguita anche nel 2019. E’ stata, inoltre, attivata la raccolta con il sistema informatico WHR delle dichiarazioni relative a interessi finanziari e conflitti d’interessi da parte di tutti i dirigenti, compresi i dirigenti veterinari, che devono essere monitorate tramite il sistema informatico dai Responsabili gerarchici.

4.6. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

In data 25.05.2018 è entrato pienamente in vigore il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE. Tale Regolamento detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali e prevede a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le aziende sanitarie, molteplici obblighi ed adempimenti. Le Aziende Sanitarie provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale (d.lgs. 101/2018 che ha modificato e integrato il d.lgs. 196/2003) e con le indicazioni dell’Autorità Garante, e a livello regionale, attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR, istituito con determinazione n. 15305 del 25.09.2018 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

L’art. 32 comma 4 del Regolamento europeo n. 679/2016 dispone che *“il titolare del trattamento ed il responsabile del trattamento fanno sì che chiunque agisca sotto la loro autorità e abbia accesso ai dati personali non tratti dati se non è istruito in tal senso dal Titolare del trattamento”*. Pertanto l’Ausl della Romagna nell’anno 2019 ha proseguito con le azioni formative rivolte ai soggetti designati ex art. 2 quaterdecies del D. Lgs. 196/2013 e s.m.i. ed a tutto il personale autorizzato al trattamento dei dati personali dei pazienti / utenti.

In particolare è proseguita l’azione formativa con il corso FAD a distanza sul Regolamento europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali rivolto a tutti i dipendenti dell’Azienda e ai neoassunti.

Inoltre, si sono tenute nel corso del 2019 due importanti iniziative in materia di corretta applicazione del Regolamento europeo sul trattamento dei dati personali.

La prima in data 10.05.2019 sul tema: *“L’integrazione dei dati in Ausl della Romagna come strumento di cura nel rispetto dei diritti del paziente”* rivolto ai clinici e agli operatori sanitari, amministrativi e tecnici dell’Azienda Usl della Romagna.

La seconda in data 20.12.2019 in materia di *“Aggiornamento sull’adeguamento al Regolamento europeo e presentazione ai Direttori delle strutture aziendali della Checklist di autovalutazione”*. Le checklist di autovalutazione costituiscono un utile strumento per testare, verificare e valutare regolarmente l’efficienza delle misure tecniche e organizzative poste in essere al fine di garantire la sicurezza del trattamento, cui l’Azienda è tenuta.

La AUSL della Romagna nel 2018 ha provveduto a redigere il Registro dei trattamenti, secondo lo schema individuato dal gruppo di lavoro istituito dalla RER. Nel corso del 2019 l'Azienda ha provveduto all'aggiornamento dei dati sul registro in relazione a variazioni significative relative alla tempistica di conservazione dei documenti e contitolarità.

In aderenza alle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali, l'Ausl della Romagna si uniforma alle decisioni del Comitato Tecnico Allargato per la scelta del software unico di gestione per il Registro delle attività di trattamenti per le Aziende e gli Enti del SSR; provvederà all'acquisizione nel rispetto delle modalità e tempistica che saranno definite dal livello regionale.

Infine, con deliberazione n. 422/2019 è stata adottata la revisione ed aggiornamento delle Linee guida Privacy alla luce delle nuove disposizioni introdotte dal Regolamento europeo n. 679/2016 con lo scopo di garantire che il trattamento dei dati personali degli utenti/pazienti avvenga in conformità al dettato normativo, supportando le articolazioni aziendali e gli operatori nella corretta applicazione delle norme. Nel citato documento si è provveduto a definire la policy privacy aziendale e i ruoli di responsabilità in materia e l'organizzazione all'interno dell'Azienda.

4.7. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

L'Azienda ha proseguito, 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. Nel 2019 si è giunti in fase di completamento del collaudo per l'invio delle lettere di dimissione di tutti gli ambiti aziendali, dopodiché seguirà l'implementazione per la trasmissione al fascicolo. L'invio dei referti di Laboratorio di Libera Professione è stata collaudata ma non ancora attivata.

PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

L'Azienda ha sviluppato il lavoro di adeguamento dei software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata e nella sensibilizzazione dei prescrittori verso il corretto e puntuale utilizzo dello strumento. Attualmente, risulta completata la formazione negli ambulatori ospedalieri Ambito di Rimini ed adeguati i sistemi di prescrizione secondo le direttive del PRGLA.

INTEGRAZIONE CON I SISTEMI INFORMATICI DI CODIFICA REGIONALI MEDIANTE SERVIZI APPLICATIVI

Indicatore e target

% servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 95%

I servizi applicativi vengono consultati tramite portale regionale o con web-service.

TRASMISSIONE TELEMATICA DEI CERTIFICATI DI MALATTIA INPS PER EVENTI DI PRONTO SOCCORSO E RICOVERO

Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia, nel corso del 2019 l'Azienda ha richiesto interventi evolutivi sui software gestionali per migliorare la funzionalità e garantire la produzione dei suddetti certificati.

4.8. Sistema Informativo

Per quanto riguarda la tempestività e la completezza dell'invio dei flussi, nonché il rispetto delle scadenze, nel corso del 2019 non si sono evidenziate particolari criticità in tal senso (come peraltro confermano gli indicatori SIVER), con ADI unico flusso da migliorare in termini di tempestività dell'invio essendosi attestato nel 2019 al 75,97% vs una media regionale del 81,38%.

Relativamente ai nuovi obiettivi di programmazione si fa presente quanto segue:

DB ONCOLOGICO

Sono stati effettuati alcuni incontri con il Direttore del Dipartimento Oncoematologico per segnalare le criticità presenti nel flusso. L'obiettivo relativo alla completezza del flusso è stato individuato come obiettivo di budget per i Direttori delle UU.OO. di Oncologia.

Indicatore e target

Linkage flusso SDO e ASA. Target: >80%

I dati pubblicati in SIVER evidenziano buone performance sia riguardo il linkage fra flusso DBO e flusso SDO (pari al 96,06% vs media regionale pari al 64,94%) sia riguardo il linkage fra flusso DBO e flusso ASA (pari al 98,72% vs media regionale pari al 97,02%).

Riduzione dell'utilizzo della codifica "non noto" nelle variabili.

I dati 2019 desunti da SIVER evidenziano il raggiungimento del target per la codifica delle variabili Istotipo e Stadio (sia su tumore alla mammella sia in generale su tutte le tipologie di tumore), mentre necessitano di ulteriori azioni correttive le codifiche "non noto" per le altre variabili su tumore alla mammella.

TUTTI I TUMORI

istotipo: 4,18% vs Target <5%

stadio: 13,46% vs Target <15%

TUMORE ALLA MAMMELLA

istotipo: 1,12% vs Target <5%

stadio: 8,3% vs Target <15%

estrogeni: 57,4% vs Target <20%

progesterone: 55,61% vs Target <20%

Ki67: 59,87% vs Target <25%

HER2-ihc: 63% vs Target <30%

HER2-ish: 61,66% vs Target <40%

DB CLINICI

Per quanto riguarda questo obiettivo si è già intervenuti per migliorare la completezza del flusso. In particolare, è stata segnalata la criticità di rilevazione dei pacemaker per l'ambito di Cesena.

Indicatore e target

Linkage flusso SDO con congruenza all'intervento. Target: >90%

Linkage flusso SDO e flusso RERAI (Data Base clinico Regionale di Aritmologia Interventistica):

Ausl Romagna 85,71%; Regione 89,42%.

Linkage flusso SDO e flusso REAL (Data Base clinico Regionale delle Angioplastiche Coronariche):

Ausl Romagna 87,27%; Regione 87,91%.

PS

Per quanto riguarda gli indicatori relativi a “P210 DATA ARRIVO E DIMISSIONE - trascorsi più di 7 giorni”, “P356 ARRIVO E PRESA IN CARICO - trascorse più di 24 ore” e “P211 ARRIVO E PRESA IN CARICO - trascorse più di 10 ore” non si segnalano criticità.

SDO

Il flusso SDO risulta sostanzialmente allineato rispetto ai target proposti sugli obiettivi oggetto di monitoraggio e comunque l’Azienda continua, attraverso un continuo sviluppo dell’informatizzazione e di addestramento dei professionisti, nel lavoro di migliorare la qualità delle informazioni dei flussi.

Indicatore e target

Campo check list di sala operatoria. Target: 0% compilato con valore diverso da 9 (non applicabile) a fronte di codice procedura 00.66

Il campo check list di sala operatoria con compilazione diverso da 9 per le procedure 00.66 nel 2019 in Romagna si è attestato allo 0,69% a fronte di un dato regionale dell’0,4%.

Codice procedura 00.66. Target: 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all’interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service).

In Ausl Romagna la codifica del reparto sede di emodinamica per il codice procedura 00.66 nel corso del 2019 è stata del 100% (Fonte: SIVER)

Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione. Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)

Nel 2019 i ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione sono stati il 7,33% (Fonte: SIVER), oltre 2 punti percentuali fuori target. A tal proposito, l’Azienda sta implementando l’informatizzazione di tutti i punti di pre-ospedalizzazione per favorire il miglioramento qualitativo dell’informazione rilevata.

FLUSSO HIV

Per quanto riguarda il flusso HIV sono state rispettate tutte le scadenze per cui l’obiettivo è stato raggiunto.

DSA

Nel corso del 2019 la Regione non ha dato disposizioni in merito.

4.9. Gestione del Patrimonio Immobiliare

4.9.1. Gli investimenti

In conformità alle indicazioni regionali sono state avviate le procedure per la predisposizione della documentazione necessaria relative alle proposte di interventi finanziati art. 20 L. 67/88 (Nuova costruzione Casa della Salute di Rimini – Nuova costruzione Edificio per servizi amministrativi Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna) e relativa programmazione di incontro con la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria.

E’ stato inserito nel Piano degli Investimenti anno 2019 – 2021, allegato al Bilancio Economico Preventivo approvato con Deliberazione D.G. n. 187 del 28.06.2019, scheda 2 - l’intervento n. 2018/7 “Realizzazione del nuovo ospedale di Cesena”, importo complessivo previsto euro 156.236.576,00, che nel triennio in esame riguarda la progettazione. Con DGR 1145/18 avente ad oggetto "Assegnazione risorse per

finanziamento della progettazione del nuovo Ospedale di Cesena" sono state stanziare risorse per un importo complessivo di euro 12.000.00,00. E' in corso la procedura di gara aperta per l'affidamento dell'incarico di progettazione fattibilità tecnica ed economica 2° fase, definitiva ed esecutiva, coordinamento sicurezza in fase di progettazione con riserva di affidamento della direzione lavori e del coordinamento alla sicurezza in fase di esecuzione inerente ai lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Cesena. E' stato avviato l'iter per il possibile sostegno per il finanziamento complessivo del nuovo ospedale di Cesena, come da atto della conferenza stato-regioni del 31.10.2018.

Indicatori e target

Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum - Target: 100%

Sono in corso di aggiudicazione le ultime gare per l'affidamento dei lavori e delle forniture relative all'Intervento APb24: "Ristrutturazione e adeguamento dei blocchi operatori e delle aree intensive e completamento della dotazione tecnologica delle aree emergenza e urgenza dell'AUSL della Romagna", rientrante nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02 novembre 2016. In considerazione delle numerose gare che si è dovuto avviare e tenuto conto delle modifiche legislative nel frattempo intervenute, è stata autorizzata una proroga di 9 mesi e dunque la scadenza per l'aggiudicazione dell'intervento in oggetto è slittata al 29.06.2020.

Trasmissione richieste di liquidazione a saldo relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 100% del residuo relativo a interventi conclusi e attivati

A completamento del piano di ricognizione degli investimenti in corso (tra cui anche quelli con condizioni più difficili che hanno di fatto prolungato la loro conclusione anche in termini di richiesta di liquidazione), sono state avviate le verifiche e le messe a chiusura dei procedimenti di più lunga data nonché si è provveduto a presentare le richieste di liquidazione a saldo, di cui alle richieste presentate nel mese di agosto u.s. a riscontro della specifica nota regionale alla quale è stato dato riscontro con nota in atti prot. n. 2019/0218164/P del 23.08.2019.

PREVENZIONE INCENDI E SISMICA

I dati di monitoraggio sulla situazioni nei riguardi della sismica delle strutture sanitarie dell'AUSL della Romagna sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze imposte.

Tutti gli interventi sono progettati e realizzati nel rispetto delle indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" emanate dalla Regione Emilia-Romagna.

Nel corso del 2019 il monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), è stato e effettuato dall'Azienda USL della Romagna tramite lo share point regionale nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla RER.

Entro i termini richiesti, si è proceduto all'aggiornamento e validazione delle schede riguardanti le informazioni dei Complessi Immobiliari sulla base delle indicazioni regionali fornite, anche tramite partecipazione ad incontri specifici. Si sta procedendo all'associazione e aggiornamento dei Cespiti ai Complessi Immobiliari nell'ambito del sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC) e all'associazione e aggiornamento dei complessi immobiliari con le strutture fisiche nell'ambito delle anagrafi regionali, secondo le indicazioni regionali.

MANUTENZIONE

Il sistema informativo AGE.NA.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) raccoglie le principali informazioni relative al patrimonio immobiliare utilizzato per attività ospedaliera, con riferimento sia ai

costi di manutenzione ordinaria, sia alle caratteristiche tecniche degli edifici, quali tipologia, età, volumi, valore, assetto impiantistico.

Indicatore e target:

Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%

Nel corso del 2019 sono stati inseriti nella piattaforma web tutti i dati e le informazioni relativi alle 13 strutture ospedaliere dell'Ausl della Romagna coinvolte nel monitoraggio.

In particolare entro il termine fissato del 30 giugno 2019 sono stati aggiornati i dati riferiti all'anno 2017 mentre è in corso la raccolta dei dati relativi all'anno 2018, il cui inserimento verrà completato entro la scadenza che verrà fissata dall'organo regionale.

Si precisa inoltre che nel giugno 2019 sono stati trasmessi alla Regione i dati tecnici ed i costi di manutenzione ordinaria sostenuti nel 2018 per le ulteriori strutture gestite dall'Ausl Romagna e non comprese nella rilevazione AGE.NA.S. (es. case della salute, uffici, ecc).

USO RAZIONALE DELL'ENERGIA E GESTIONE AMBIENTALE

L'Azienda USL della Romagna ha alimentato il sistema informativo regionale relativamente ai consumi energetici e idrici, ai dati di esercizio degli impianti di cogenerazione e agli interventi di riqualificazione energetica nelle strutture sanitarie nei tempi e nei modi richiesti.

L'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi è garantita conformemente alle prescrizioni del DM 11/10/17 e DLGS 50/16 e s.m.i.. L'Azienda applica numerose azioni volte alla promozione delle fonti rinnovabili di energia (es. attivazione di impianti fotovoltaici su tetto in diversi presidi, tra cui il P.O. Infermi di Rimini e il P.O. Santa Maria delle Croci di Ravenna, quest'ultimo in fase di completamento) e all'implementazione di interventi di contenimento dei consumi energetici (es. attivazione impianto di cogenerazione del P.O. Cervesi di Cattolica).

Sono altresì in corso numerosi progetti di riqualificazione energetica, parzialmente cofinanziati dai fondi del Programma Operativo Regionale POR-FESR.

Relativamente alla mobilità sostenibile, prosegue l'ampliamento delle sedi raggiunte dal sistema di condivisione del parco auto aziendale che garantisce l'impiego prioritario dei mezzi meno inquinanti nonché la disponibilità del car sharing.

4.9.2. Tecnologie Biomediche

Indicatori e target

Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite. Target: 100%

Nell'ottica del superamento della logica dei singoli Ambiti Territoriali sono stati individuati dei referenti trasversali che operano per tutti gli ambiti per l'implementazione del flusso GrAp che è stato alimentato regolarmente.

I dati del flusso OT sono inviati regolarmente via mail in regione in maniera aggregata, o caricati direttamente sul sito del GRTS. Si specifica che si sono riscontrati spesso dei problemi a collegarsi al sito della Regione.

Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte a istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB. Target: 100%

Tutte le apparecchiature aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 sono state sottoposte a istruttoria preliminare del GRTB all'acquisto (TC Faenza approvata con vs prot. 0181508 del 20/02/2019 e TC di Cesena PS con prot. 0409670 del 29/04/2019) o preliminare alla reinstallazione, come per esempio la ricollocazione a Cervia di una TC approvata con vs prot. 0409720 del 29/04/2019

Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni. Target 100%

Dall'analisi dei dati dell'installato delle grandi apparecchiature sul gestionale OnBiomed risulta uno stato di obsolescenza pari a 7,56 anni, mentre i dati del Gr.Ap sulla piattaforma NSIS, se si prendono in considerazione solo le date di primo collaudo e non quelle degli aggiornamenti evolutivi, indicano uno stato di obsolescenza di 8,25 anni.

Di seguito è riportata in tabella la sintesi con le date di primo collaudo e di collaudo dell'aggiornamento evolutivo delle apparecchiature che portano ad un disallineamento tra i dati di OnBiomed e del G.Ap:

INV	AT	Classe	Data collaudo Gr.Ap.	AGGIORNAMENTO EVOLUTIVO
605406	CE	ADG - ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER	02/02/2004	20/09/2013
RA12055	RA	ADG - ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER	29/09/1999	28/09/2012
RAD1200	RA	TRM - TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	10/10/2005	13/05/2018
625457	RN	TRM - TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	27/02/2012	13/03/2018
RN8123	RN	TRM - TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	06/03/2001	05/12/2008

Si precisa pertanto che il dato corretto è quello di 7,56 anni.

4.9.3. Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)

L'Azienda sul tema dell'HTA – così come definito dagli atti e dalle normative di riferimento - prosegue nello svolgimento del proprio ruolo nel contesto regionale e nazionale.

Indicatori e target

Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione

E' stato designato il referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione (Prot. N° 0202059 del 02.08.2019).

Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione

La commissione dei Dispositivi Medici della Romagna ha impostato un sistema di raccolta delle segnalazioni di tecnologie e loro preliminare valutazione per eventuali segnalazioni per percorsi HTA in accordo al programma definito in ambito regionale (applicativo SISEPS "Eccezioni prescrittive: Gestione richieste dispositivi medici dei Criteri HTA" relativi alla definizione di priorità delle richieste/segnalazioni). Tale attività risulta documentata nei Verbali delle sedute della Commissione Dispositivi Medici (CDM) Romagna.

Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM

La Commissione Dispositivi Medici (CDM) Romagna assicura la propria collaborazione in occasione di richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, provenienti dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.

5. Le attività presidiate dall'Agenzia sanitaria e Sociale Regionale

RIORDINO DEI COMITATI ETICI E RILANCIO DEL SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE

L' Azienda USL della Romagna ha partecipato alle iniziative regionali propedeutiche alla attivazione e corretta alimentazione della piattaforma informatica e parteciperà alle azioni che scaturiranno dall'approvazione del documento di rilancio del sistema di ricerca e innovazione del Servizio Sanitario Regionale.

Indicatori e target:

Le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma. Target: alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale

L'Azienda USL della Romagna ha partecipato a tutte le riunioni propedeutiche all'attivazione della piattaforma e ha già adottato con deliberazione della Direzione Generale n. 154/2019 la scheda regionale per la valutazione degli studi clinici.

Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale.

L' Azienda USL della Romagna ha sempre assicurato ed assicurerà la propria partecipazione ai gruppi di lavoro attivati.

SUPPORTO AL PIANO SOCIALE E SANITARIO

Medicina di genere

L'Azienda USL della Romagna ha l'obiettivo di introdurre nelle sue attività un adeguato approccio di genere con integrazione multidisciplinare. Nell'anno 2019, in coerenza con la programmazione regionale, l'Azienda è stata impegnata nella attivazione di percorsi formativi.

Indicatori e target:

Le aziende dovranno assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità

L'AUSL della Romagna ha inserito nell'ambito del Piano aziendale di azioni per l'Equità 2018-2020 la programmazione di un'iniziativa formativa tesa a fornire strumenti e competenze di base sulle azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla discriminazione legata al genere. In particolare l'Azienda ha collaborato alla realizzazione della Rassegna "Medicina di Genere. Garantire Equità e appropriatezza" promossa dalla Casa delle Donne di Ravenna, che si è avviata a settembre 2018 e si è conclusa a maggio 2019. I singoli eventi sono stati accreditati ECM. Il Board aziendale Equità ha realizzato un evento formativo, nel secondo semestre 2019 (13 novembre 2019), sul tema della Medicina di genere a cui hanno partecipato oltre agli operatori sanitari i medici convenzionati.

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Per garantire un approccio strutturale al tema Equità, nell'ambito dell'Azienda USL della Romagna a partire dal 2018, si è programmato di intervenire sia con azioni volte ad agire sul sistema dei servizi nel suo complesso, sia con azioni puntuali all'interno delle singole organizzazioni e degli operatori, che verso gli utenti.

Alla luce delle esperienze già attuate in questi anni, nel 2019 si è dato nuovo impulso al coordinamento aziendale al fine di assicurare la pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione, gestione ed erogazione dei servizi. Sono stati sviluppati strumenti orientati all'Equità

(es: Health Equity Audit) per garantire maggiore coerenza tra i dati di iniquità e le azioni messe in campo, in continuità con quanto già avviato nel triennio 2016-2018.

Indicatori e target:

Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione attraverso il coordinamento del referente aziendale per l'equità e il supporto del board aziendale (o altre forme di contributo)

Con Delibera del Direttore Generale n. 476/2018 è stata definita la composizione del gruppo di Coordinamento aziendale per l'Equità (Board) ed è stato adottato il Piano aziendale triennale 2018-2020 di azioni sull'Equità in cui è previsto l'utilizzo di almeno 1 strumento Equality Impact Assessment per anno di vigenza del piano e 3 Health Equity Audit nel triennio. Il Board di coordinamento aziendale è convocato dal Referente aziendale per l'Equità, almeno due volte all'anno, con l'obiettivo di monitorare l'andamento del Piano e raccordare le azioni programmate con le priorità aziendali. Per il 2019 è stato rispettato appieno il piano aziendale triennale.

Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.

Anche per il 2019 è stata assicurata la partecipazione del Referente aziendale a tutti gli incontri di coordinamento regionale

Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Nel 2019 è proseguito il percorso Health Equity Audit sulla "Salute Materno infantile" dell'ambito Forlì-Cesena, con lo sviluppo delle azioni programmate. Inoltre è stato elaborato (febbraio 2019) il Profilo di Equità in epoca prenatale e perinatale per gli ambiti di Ravenna e Rimini, per l'avvio del percorso HEA anche in questi territori.

E' continuato il percorso di Health Equity Audit sulla "Presenza in carico del bambino obeso/sovrappeso", attraverso l'implementazione di una serie di azioni correttive per migliorare l'accesso, a seguito di quanto emerso dall'analisi dei dati quantitativi e dall'applicazione dello strumento EquiA.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità

In relazione alla metodologia del Community Lab, tutti i Distretti sociosanitari hanno aderito all'implementazione del metodo per accompagnare le sperimentazioni di partecipazione della comunità nella programmazione socio-sanitaria locale.

Indicatori e target:

Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata e promozione alla salute.

Nell'ambito ravennate è attiva una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna già a partire dal 2013. Dal 2014 l'intero impianto dei tavoli per la redazione del Piano di Zona è stato modificato superando l'approccio per target e privilegiando uno sguardo per politiche trasversali. Nel 2019 e per la programmazione annuale e triennale si è proseguito il percorso avviato proponendo due nuove progettualità sperimentali, come da indicazioni regionali. La prima riguarda il contrasto alla povertà, la seconda si inserisce all'interno delle azioni di contrasto alle dipendenze da sostanze e comportamentali affrontando quindi anche i temi della dipendenza da internet e della ludopatia in adolescenza. Questa progettazione si innesta sulle attività condivise e coprogettate con il servizio di dipendenze patologiche e vede il coinvolgimento anche dei gruppi di Auto mutuo aiuto di genitori di adolescenti attivi nel territorio. Sono state realizzate serate informative e di confronto denominate "Caffè dei genitori", laboratori di approfondimento e altre azioni di promozione e coinvolgimento di genitori e di adolescenti stessi con la collaborazione del Coordinamento Politiche giovanili dell'Unione Comuni Bassa Romagna.

Nel Distretto del Rubicone nel 2019 si è data continuità al percorso avviato riproponendo momenti partecipativi con le tecniche del community lab. In particolare si è dato spazio all'approfondimento dei temi sviluppati nell'ambito del gruppo "Familiari curanti" nel quale era emersa l'idea di creare e valorizzare una "comunità di caregivers".

E' stato attivato a settembre 2019 il nuovo servizio "Meeting Center" rivolto a persone con lievi difficoltà di memoria o diagnosi di demenza in stadio iniziale per utenti dei distretti di Cesena-Valle Savio e del Rubicone. A tali momenti di approfondimento hanno partecipato anche gli operatori sanitari.

Nel Distretto di Forlì a partire da Novembre 2017 sono stati avviati i tavoli di coprogrammazione degli obiettivi del Piano di Zona triennale e di coprogettazione degli interventi del Piano Attuativo 2018, realizzati attraverso l'utilizzo delle metodologie acquisite anche dal percorso del Community Lab e basate comunque su tecniche e metodologie partecipative. Per il centro storico della città di Forlì è stato, ad esempio, realizzato un percorso di capacity building finalizzato a creare un maggiore coinvolgimento - e quindi una responsabilizzazione maggiore - verso un gruppo di cittadini significativi per competenze, interessi, impegno sociale o conoscenza del territorio, con i quali costruire proposte progettuali ai fini del nuovo Piano di Zona. Nell'ambito distrettuale di Forlì il percorso di programmazione socio sanitaria e progettazione è coordinato dal Gruppo di Supporto Locale per il Welfare Comunitario composto dai componenti dell'Ufficio di Piano distrettuale, da operatori dei Comuni e dell'Azienda Usl operanti nelle aree di interesse dell'accordo di programma, nonché da soggetti appartenenti al terzo settore, o ad altri enti pubblici.

Health Literacy

L'AUSL della Romagna è impegnata nello sviluppo e diffusione dell' "Health Literacy" investendo sulla formazione dei professionisti e sulla revisione dei materiali informativi in modalità partecipata.

Indicatori e target:

Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy

Nel 2019 è stato realizzato l'evento formativo su l' Health Literacy, al fine di diffonderne i principi. Nello specifico è stato realizzato un corso di formazione rivolto al personale che opera nei percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche. Il corso ha avuto la finalità di migliorare la comunicazione col paziente e favorire una migliore aderenza al rispetto delle indicazioni diagnostico-terapeutiche consigliate. Nel 2019 sono state realizzate tre edizioni di 30 partecipanti a corso, tra cui personale infermieristico e medico (MMG e specialisti) che opera nei suddetti ambiti e percorsi.

Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e caregiver

In collaborazione con i Comitati Consultivi Misti sono state attivate iniziative di elaborazione e predisposizione di materiale informativo per gli utenti in modo congiunto. In particolare si è condivisa l'opportunità di lavorare sul materiale informativo da consegnare ai pazienti ai fini della acquisizione del consenso informato. Il coordinamento aziendale del CCM ha quindi condiviso il percorso partendo dalla raccolta del materiale predisposto da un dipartimento (è stato scelto di iniziare con il Dipartimento Cardiovascolare). L'URP ha provveduto alla raccolta del materiale in tutte le UU.OO del Dipartimento ed ha organizzato i successivi incontri con i volontari, in particolare con i portatori di interesse specifico (cardiopatici, pazienti che hanno subito interventi di chirurgia cardiovascolare,...) Il materiale è stato riletto e sono state evidenziate le parti di più difficile comprensione e quelle con termini troppo tecnici. Sono stati coinvolti il direttore ed il coordinatore di ogni U.O.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

L'Azienda USL della Romagna ha fatto propria la strategia regionale che mira a rafforzare i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale.

Indicatori e target:

Partecipazione di almeno una azienda sanitaria di area vasta alla formazione- intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del Programma adolescenza in accordo con gli enti locali.

Il Distretto di Lugo, di concerto con l'Unione dei Comuni della bassa Romagna, ha aderito alla sperimentazione dell'approccio dialogico finlandese proposto dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale nell'ambito del progetto adolescenza.

Sono stati attivati a tal proposito due diversi percorsi formativi, il primo rivolto alle figure manageriali (dirigente area welfare, PO Unione Comuni Bassa Romagna, dirigente scolastico, assessore designato dal tavolo di coordinamento tecnico politico dell'Unione, Ufficio di Piano e direttore del Distretto) ed il secondo rivolto a operatori (Assistenti sociali, educatori, pedagogisti, insegnanti).

In fase preliminare sono stati individuati due ambiti di sperimentazione della metodologia: i passaggi dalla minore alla maggiore età dei ragazzi disabili/multiproblematici in carico a servizi specialistici e al servizio sociale dell'Unione e i casi complessi nell'ambito del "programma esordi".

Nel Distretto del Rubicone nel 2019 l'approccio metodologico della family group conference sperimentato nei servizi è stato esteso anche al contesto scolastico. Il progetto maturato sulla base delle indicazioni della DGR 1338/2018, che attribuisce agli Enti formativi l'opportunità di programmare azioni orientative per il successo scolastico e a contrasto della dispersione scolastica, è stato realizzato unitamente all'Enaip di Cesena sul territorio dell'Unione Rubicone e Mare. Il progetto è finalizzato a favorire la partecipazione di famiglie e ragazzi nei processi decisionali in un contesto di crescita per giovani adolescenti (coinvolge ragazzi dai 13 ai 16 anni).

CONTRASTO DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA

L' Azienda USL della Romagna è fortemente impegnata nel contrasto del rischio infettivo associato all' assistenza e a tal fine ha messo in campo modalità organizzative coerenti con la necessità di interventi mirati nei territori.

Per l'anno in corso, coerentemente con le priorità indicate a livello regionale, sono state particolarmente presidiate le attività sotto elencate:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER)

Indicatore e target:

% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati;

Nel 2019 è stata creata una task force aziendale su questo tema per risolvere alcune problematiche informatiche derivate dai cambiamenti aziendali in atto. Inoltre, l'AUSL della Romagna è stata promotrice di un progetto di miglioramento inerente la qualità del dato SICHER. Tale progetto è stato attualmente esteso a tutta la Regione.

La % di procedure sorvegliate dall'AUSL della Romagna nel primo semestre 2019 si è attestata al 83%.

- Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER

Indicatore e target:

Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.

Il target è stato raggiunto su tutti 4 gli ambiti dell'AUSL Romagna nell'anno 2019 con 231/1000gg di degenza.

- estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio- sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica

Indicatori e target:

Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate.

E' stato predisposto un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio sanitarie. E' stata inoltre effettuata una formazione specifica in questo contesto per l'implementazione ed il ritorno dei dati.

- stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.

Indicatori e target:

(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti.

Tutti gli Ospedali dell'Azienda partecipano alla sorveglianza (100%). Inoltre, grazie all'introduzione di una specifica procedura inerente l'individuazione precoce e la gestione dei pazienti colonizzati/infetti da CPE, l'incidenza delle batteriemie da CPE/1000 ricoveri in AUSL della Romagna è passata dallo 0,49 del 2017, a 0,28 del 2018, a 0,1 del 1° semestre 2019. Questa esperienza di successo è stata presentata ad AGENAS nell'ambito del "Call for good practice 2019".

SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

L'Azienda USL della Romagna è stata sottoposta a visita di accreditamento da parte dell'Agenzia Regionale nel mese di marzo 2019. Nell'ambito di tale percorso sono stati definiti ventinove progetti di miglioramento a valenza aziendale con l'obiettivo di migliorare la performance aziendale e l'adesione ai criteri di accreditamento RER. Il Sistema di Gestione Aziendale è descritto nel Manuale Qualità e Accreditamento dell'Azienda USL della Romagna rev. 01 del 31.01.2019.

Indicatori e target:

produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì

In preparazione della Visita di rinnovo dell'accREDITamento, il 27 febbraio l'Unità Operativa Qualità e Governo Clinico ha effettuato un Audit Interno che ha interessato la Direzione Aziendale con le UU.OO. che governano i processi trasversali. E' stato inoltre coinvolto il Collegio di Direzione. L'audit ha confermato quanto contenuto nell'autovalutazione sul possesso dei requisiti generali effettuata dalla Direzione Generale; il verbale di verifica RER ha confermato e migliorato quanto contenuto nell'autovalutazione effettuata dalla Direzione Generale. Per l'anno 2020 sono programmati dalla UO Qualità e Governo Clinico audit di verifica del sistema di gestione per l'accREDITamento.

numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori pre-convocati (target 70%)

L'Azienda USL della Romagna promuove e sostiene la partecipazione dei valutatori alle visite di verifica RER. Al momento i valutatori dipendenti dell'Azienda USL della Romagna hanno partecipato a tutte le verifiche di accREDITamento a cui sono stati convocati dall'ASSR. I valutatori hanno inoltre partecipato all'attività di formazione prevista dalla ASSR per il mantenimento delle competenze di valutatori RER. Sono stati formati secondo il percorso regionale di qualifica dei Valutatori RER sei professionisti dell'Azienda USL della Romagna.

LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Durante l'anno 2019 sono stati progettati gli eventi formativi sotto elencati, i quali hanno previsto trasferimento diretto dell'apprendimento al contesto lavorativo e/o impatto di quanto appreso nei modelli organizzativi adottati (i dati analitici su adesione, gradimento e misurazione dell'efficacia di tutti gli eventi

formativi sono disponibili per la consultazione presso la direzione UO Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione).

Indicatori e target:

progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4

1. *Avvio del programma “Trapianto di Microbiota Fecale umano” (FMT) — cod. 21543/21544 - Adesione alle indicazioni fornite dal Consiglio Superiore di Sanità che sulla base dei lavori svolti dal gruppo di lavoro sul Microbiota, costituito presso la Sezione III, ha approvato nella seduta dell'8 Maggio 2018, il Programma nazionale sul trapianto di microbiota fecale umano (FMT).*
2. *Implementazione di strumenti informatizzati di autovalutazione da parte dei professionisti degli indicatori sensibili di governo clinico: carte di controllo — cod.20930 - Fornire agli operatori uno strumento di automonitoraggio delle performance a supporto dell'analisi dei fenomeni al fine di identificare tempestivamente le azioni di miglioramento.*
3. *Internal Audit (PAC — Certificazione Bilancio) - Supportare la creazione di sistemi di controllo interno, valutazione e gestione del rischio.*
4. *La gestione dei rifiuti sanitari nella casa della salute 2019 - Formazione e aggiornamento sulle modalità operative di gestione dei rifiuti sanitari alla luce del D.lgs 152/06 s.m.i. della procedura aziendale sulla gestione dei rifiuti (PA07) finalizzata alla riduzione della produzione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo nelle UUOO di produzione selezionate.*

progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni - progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3

1. *Il Reaudit: analisi e valutazione. A partire dal 2016 sono stati effettuati audit clinici focalizzati su criticità rilevate, su non conformità riscontrate in alcune Unità Operative, su parametri individuati dagli indicatori PNE o su inappropriately nell' utilizzo di determinati farmaci. In tale contesto sono state individuate e temporizzate Azioni di miglioramento il cui impatto occorre verificare (efficacia di intervento) tramite alcuni reaudit specifici che permetteranno contestualmente di misurare l'efficacia dell'azione formativa effettuata sulle modalità di conduzione di un audit.*
2. *Rischio Infettivo Laboratori didattici — cod. 18627 - L'evento formativo ha lo scopo di formare e sensibilizzare il personale alla campagna “Save lives clean your hands” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), migliorando il tasso di adesione alla pratica ed i consumi di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani (obtv 20 Lt/1.000 gg degenza) nelle Unità Operative richiamate in aula nel Laboratorio Didattico o per certe specifiche professioni (l'aumento di consumo di gel alcolico costituisce la verifica di efficacia).*
3. *CASALAB - Accompagnare i gruppi delle 5 Case della Salute dell'AUSL Romagna partecipanti al progetto formazione intervento per l'implementazione della Delibera regionale n. 2121/2016 sulle Case della Salute, secondo una logica di lavoro di rete e di comunità. L'efficacia è dimostrata dall' implementazione del progetto.*