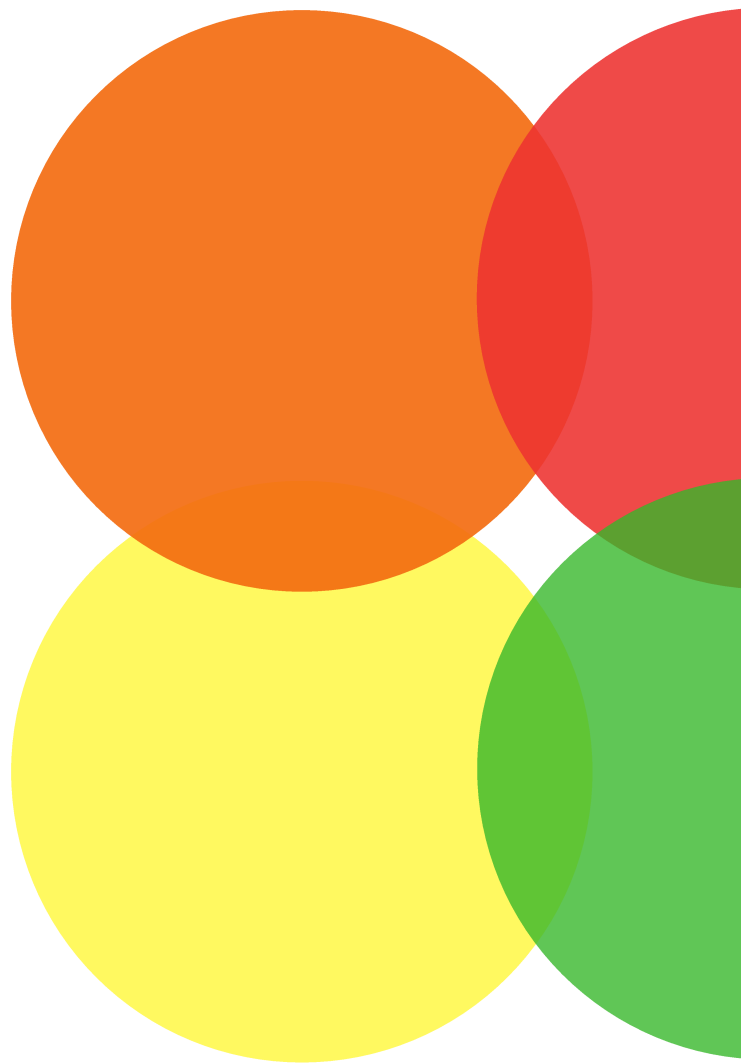
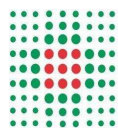


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



Anno 2019



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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

anno 2019

Delibera n. 165 del 29.06.2020

Sommario

1. PREMESSA	3
2. EXECUTIVE SUMMARY	5
3. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'UTENTE.....	9
3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO	9
3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE.....	20
3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI	26
4. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	29
4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	29
4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	50
4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	54
4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	59
5. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO.....	62
5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	62
5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA.....	63
6. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ.....	65
6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA	65
6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI	69
7. CONCLUSIONI	75
8. ALLEGATI	77

1. Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le principali aree prese in esame con il Ciclo delle Performance 2018-2020, in coerenza con le indicazioni fornite dagli obiettivi di Mandato del Direttore Generale dell'Azienda USL della Romagna (DGR n. 167/2015) e dalle Linee di Programmazione e Finanziamento regionale annualmente deliberate dalla Giunta Regionale, hanno riguardato in primis le aree di garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero (come da DGR n. 272/2017) e di specialistica ambulatoriale (come da DGR n. 603/2019); la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica (attraverso l'implementazione e lo sviluppo di 50 percorsi clinici); l'equità nell'accesso ai servizi; l'area dell'emergenza/urgenza con i problemi dell'inappropriatezza degli accessi e del sovraffollamento; l'area della continuità assistenziale ed il problema della presa in carico territoriale; il prosieguo della realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (prorogato dalla Regione anche per il 2019); l'andamento della gestione amministrativo-contabile e dei risultati conseguiti su manutenzioni, investimenti, politiche del personale, sistema informativo aziendale.

Il presente documento "Relazione sulla Performance 2019" pertanto evidenzia, sulla base delle indicazioni fornite, i risultati clinici ed organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate di cui al Piano della Performance definito per il triennio 2018-2020.

Completa la rendicontazione dei risultati di gestione conseguiti nell'anno 2019 la "Relazione sulla gestione del Direttore Generale" (Allegato B alla Deliberazione n. 121 del 29.05.2020 "Adozione del Bilancio d'Esercizio 2019") dove trovano esplicitazione le azioni realizzate e i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi assegnati all'Azienda USL della Romagna dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 977/2019) e più in generale agli obiettivi di salute in capo a questa Azienda.

2. Executive summary

Tra i più importanti risultati conseguiti dall'Azienda USL della Romagna va certamente evidenziato il rispetto dell'obiettivo economico: infatti anche il bilancio 2019 chiude con un utile di esercizio pari ad € 29.942,00 nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Fra gli altri aspetti di maggior rilevanza, l'AUSL della Romagna, in coerenza con gli obiettivi definiti dalla DGR 272/2017 in materia di **"Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero"**, ha avviato un percorso organizzativo interno al fine di rispondere a quanto in essa indicato. In particolare, nel corso del 2019 è stato nominato il Responsabile Unico per l'Accesso (RUA) per l'AUSL Romagna che, attraverso il coordinamento di 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) si occupa 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 infatti 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).

In materia di **"Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"** è stato redatto il Programma aziendale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2019-2021 in ottemperanza alla DGR n. 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).

Sull'**area dell'Emergenza/Urgenza** si è provveduto alla nomina del RAE (Responsabile dell'Accesso in Emergenza/Urgenza dell'Ausl Romagna), dando ulteriore impulso all'implementazione delle Delibere Regionali n. 1827/2017 in tema di Piani di gestione del sovraffollamento e n. 1129/2019 sul Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza e Urgenza.

Infine, si sottolinea il grande lavoro che l'Ausl della Romagna dal 2017 ha messo in campo per 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. Sia a livello ministeriale con il D.M. 70/2015 e con il D.M. 21/2016, sia a livello regionale con le Delibere annuali di Programmazione, sono stati indicati come obiettivi prioritari di salute gli interventi clinico-organizzativi per sviluppare e migliorare i servizi di cura per le patologie oncologiche, le

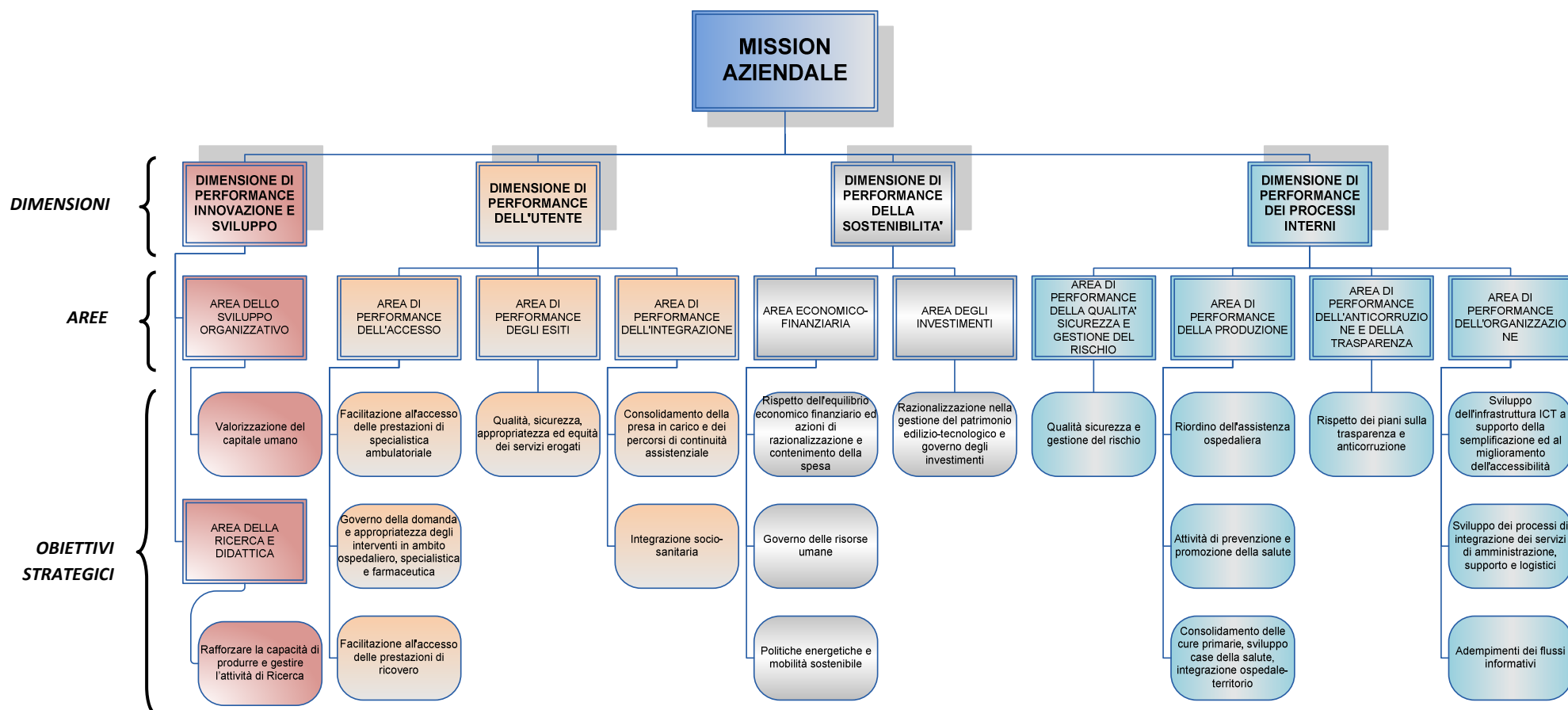
patologie croniche, la continuità assistenziale/dimissioni protette, le cure palliative, il percorso nascita, l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico, le attività di donazione d'organi, tessuti e cellule, lo stroke, che richiedono un modello organizzativo multidisciplinare e di gestione clinica integrata. A livello aziendale, queste indicazioni sono state tradotte nella creazione dei percorsi insufficienza renale cronica avanzata, trapianto del midollo osseo autologo, stroke, dimissioni protette (NUCOT), cure palliative, percorso nascita, autismo, piede diabetico. In campo Oncologico in stretta collaborazione con l'IRCCS/IRST di Meldola nell'ambito del Programma interaziendale AUSL-IRCCS/IRST Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) sono stati istituiti 7 Gruppi multidisciplinari di patologia (mammella, gastro-enterico, toracico, epatobiliopancreatico, genito-urinario, tumori rari e sarcomi ed ematologia e trapianti) con la nomina dei rispettivi responsabili e la definizione del mandato. Dai primi mesi del 2018 si è proceduto ad un monitoraggio attivo di tutti i progetti avviati, mettendo a disposizione del mondo professionale attività di data management, case management, strumentazione e tecnologie per la gestione del meeting multidisciplinare.

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

- area socio-sanitaria;
- integrazione ospedale-territorio;
- politiche del farmaco e uso razionale dei dispositivi medici;
- qualità, sicurezza e gestione del rischio;
- sviluppo attività di ricerca;
- programmazione dei fabbisogni di personale;
- investimenti e manutenzioni;
- sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

I successivi capitoli sono strutturati in modo tale da rendicontare le azioni sviluppate e i risultati conseguiti rispetto alla suddetta programmazione del 2019, con riferimento a ciascuna Dimensione e Area della Performance, come da sottostante schema:

Albero della performance: rappresentazione grafica



Al fine di facilitare la lettura si è scelto di effettuare la rendicontazione per singola Area attraverso una breve descrizione delle azioni messe in atto per ogni obiettivo elaborato nel Piano della Performance e la tabella riassuntiva con i risultati agli indicatori regionali³. Si evidenzia che per non appesantire il documento e per non generare ridondanze - laddove possibile – si rimanderà per approfondimenti all'allegata *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"* (già trasmessa alla Regione a maggio 2020 acclusa al Bilancio d'Esercizio 2019).

³ Rilevazione effettuata in data 23.06.2020 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna. La valutazione della performance delle Aziende, oltre al valore numerico, viene rappresentata per un'immediata comprensione attraverso il seguente codice colore:

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

Laddove la valutazione riporta il codice NON AGGIUSTATO significa che il servizio regionale preposto non ha potuto applicare il coefficiente correttivo (fattore K) per adeguare il risultato ai criteri di calcolo previsti dal PNE. Il dato in OSSERVAZIONE significa invece che non viene utilizzato per valutare bensì per monitorare la performance.

3. Dimensione delle performance dell'utente

3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2019 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

Anche per l'anno 2019 l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo regionale di erogare almeno il 90% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate entro i tempi di attesa predefiniti nella gran parte delle rilevazioni settimanali effettuate.

Questo andamento è confermato su base annuale anche dalla fonte dati regionale SivER che riporta per il 2019 un Indice di Performance⁴ romagnolo sulla priorità D del 99,94% (vs IP RER 96,2%) per le visite di primo accesso (IND0319) e del 99,9% (vs IP RER del 98,37%) per le prestazioni di diagnostica (IND0320).

Indice di performance prospettico				
Tempi di attesa assistenza specialistica ambulatoriale	Indicatore	Territorio	2018 Val. %	2019 Val. %
	IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	AUSL ROMAGNA	97,49	99,94
		<i>Emilia-Romagna</i>	<i>97,82</i>	<i>96,20</i>
	IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	AUSL ROMAGNA	97,46	99,90
		<i>Emilia-Romagna</i>	<i>98,71</i>	<i>98,37</i>

Fonte: SivER – Regione Emilia-Romagna (rilevazione del 22.06.2020)

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.

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

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

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

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.

Gli indicatori SivER sotto riportati confermano l'efficacia dell'azione svolta nel corso del 2019, segnando un +10,31% di prescrizioni effettuate da specialisti rispetto al 2018. L'analisi di dettaglio poi evidenzia che il dato è migliorato sia sul versante prescrittivo relativo alle prime visite (+11,92% nel 2019 vs 2018), sia soprattutto sul versante prescrittivo relativo ai controlli (+14,54% nel 2019 vs 2018), portando alla positiva conseguenza di generare una presa in carico più attinente alla risoluzione del quesito diagnostico e dei relativi approfondimenti.

Presa in carico da parte dello specialista ambulatoriale	Indicatore	Territorio	2017 Var. %	2018 Var. %	2019 Var. %
	IND0703 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente): > 2018	ROMAGNA	2,47	5,63	10,31
		Emilia-Romagna	8,95	3,59	9,86
	IND0714 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Prime visite : >2018	ROMAGNA	5,6	10,19	11,92
		Emilia-Romagna	5,88	5,34	8,98
	IND0715 - N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Visite di controllo : >2018	ROMAGNA	0,67	3,66	14,54
		Emilia-Romagna	13,99	4,98	9,59

Fonte: SivER – Regione Emilia-Romagna (rilevazione del 22.06.2020)

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 risultavano inviati 19.744 verbali di notifica della sanzione).

Le analisi dei dati relativi al numero di mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente evidenziano un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente, così come le analisi dei dati sul numero di disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) evidenziano un trend in aumento, pertanto in linea con l'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative regionali fissate per il 2019.

Infine, 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, l'azienda già dal 2018 ha provveduto ad inserire sulla piattaforma CUPWEB tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le prestazioni monitorate.

Inoltre, su CUPWEB esistono già prestazioni ulteriori rispetto a quelle oggetto di monitoraggio, pur non rappresentandone la totalità, e si sta proseguendo in linea con le indicazioni impartite dall'Osservatorio Regionale che hanno come obiettivo di definire un paniere comune di prestazioni a livello regionale. Si è poi provveduto all'inserimento nella piattaforma CUPWEB di note esplicative fruibili dal cittadino qualora le prestazioni osservino modalità di accesso differenziate nei vari territori e/o UU.OO. ed un aggancio al numero verde regionale.

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di ricovero

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

In ottemperanza agli obiettivi definiti dalla DGR 272/2017, l'AUSL della Romagna ha avviato un percorso riorganizzativo interno finalizzato alla standardizzazione dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa tesi a garantire trasparenza ed equità di accesso su tutto il territorio aziendale. 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. Infatti, 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).

L'analisi sugli indicatori dei *tempi di attesa per gli interventi chirurgici* (sia in strutture pubbliche che private della Romagna) monitorati a livello regionale è riportato nelle successive tabelle.

Tempi di attesa per gli interventi chirurgici

Ricoveri programmati per Tipo intervento e % entro classe di priorità

Anno di dimissione: 2019 - Ambito territoriale: AUSL ROMAGNA

TIPOLOGIA INTERVENTO	INDICATORE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	TOTALE
TUMORE MAMMELLA	Numero ricoveri	1.353	10	1.363
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	95,6%	100,0%	95,6%
TUMORE PROSTATA	Numero ricoveri	302	19	321
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	83,8%	94,7%	84,4%
TUMORE COLON	Numero ricoveri	395	34	429
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	97,2%	100,0%	97,4%
TUMORE RETTO	Numero ricoveri	151	15	166
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	96,7%	100,0%	97,0%
TUMORE UTERO	Numero ricoveri	191	1	192
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	89,0%	100,0%	89,1%
TUMORE POLMONE	Numero ricoveri	312	16	328
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	95,2%	93,8%	95,1%
TUMORE TIROIDE	Numero ricoveri	201	9	210
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	72,1%	100,0%	73,3%
MELANOMA	Numero ricoveri	52	-	52
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	80,8%	-	80,8%
PROTESI D'ANCA	Numero ricoveri	605	2.004	2.609
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	90,7%	98,9%	97,0%
BYPASS	Numero ricoveri	-	188	188
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	-	85,6%	85,6%
CORONAROGRAFIA	Numero ricoveri	1.204	848	2.052
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	93,1%	91,9%	92,6%
PTCA	Numero ricoveri	525	580	1.105
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	89,3%	95,5%	92,6%
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	Numero ricoveri	227	2	229
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	95,2%	100,0%	95,2%
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Numero ricoveri	1.073	398	1.471
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	71,7%	96,5%	78,4%
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	Numero ricoveri	163	1	164
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	98,2%	100,0%	98,2%
EMORROIDECTOMIA	Numero ricoveri	261	462	723
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	77,8%	97,0%	90,0%
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	Numero ricoveri	1.712	1.085	2.797
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	75,2%	95,4%	83,0%
TONSILLECTOMIA	Numero ricoveri	747	336	1.083
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	90,0%	83,9%	88,1%
TOTALE AUSL ROMAGNA	Numero ricoveri	9.474	6.008	15.482
	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	86,3%	95,4%	89,8%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna. Reportistica predefinita: Efficienza - Efficienza tempi di attesa (come previsto nel nuovo PRGLA 2019 – 2021). Dati aggiornati al 17.03.2020. Dato consolidato senza mobilità passiva.

Efficienza - Tempi di attesa per gli interventi chirurgici. Principali statistiche

Ricoveri programmati per Tipo intervento - Anno di dimissione: 2019 - Ambito territoriale: AUSL ROMAGNA

Intervento	Classe di priorità	STRUTTURE PUBBLICHE					STRUTTURE PRIVATE				
		Numero ricoveri	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	Tempo di attesa medio	Tempo di attesa mediano	Tempo di attesa 90 perc.	Numero ricoveri	% ricoveri erogati entro la classe di priorità	Tempo di attesa medio	Tempo di attesa mediano	Tempo di attesa 90 perc.
TUMORE MAMMELLA	A	1.353	95,6	22	21	29	10	100	10	8	22
TUMORE PROSTATA	A	261	87,4	22	21	34	2	100	16	16	16
	B	35	65,7	113	42	434	14	100	21	17	37
	C	5	20	501	321	1.001	3	66,7	83	21	211
	D	1	100	15	15	15	.	.	.	.	.
TUMORE COLON	A	395	97,2	16	15	27	34	100	10	9	22
TUMORE RETTO	A	151	96,7	18	18	27	15	100	11	9	26
TUMORE UTERO	A	191	89	20	17	31	1	100	11	11	11
TUMORE POLMONE	A	312	95,2	15	14	28	16	93,8	6	4	12
TUMORE TIROIDE	A	201	72,1	42	24	90	9	100	6	6	14
MELANOMA	A	52	80,8	24	15	56	.	.	.	.	.
PROTESI D'ANCA	C	605	90,7	88	70	174	2.004	98,9	29	17	56
BYPASS	A	.	.	.	.	.	186	85,5	17	10	36
	B	.	.	.	.	.	1	100	49	49	49
	C	.	.	.	.	.	1	100	77	77	77
CORONAROGRAFIA	A	923	92,6	16	13	28	837	92,2	12	8	27
	B	254	94,9	36	35	57	9	55,6	57	49	102
	C	21	90,5	83	67	163	1	100	67	67	67
	D	6	100	174	156	320	1	100	4	4	4
PTCA	A	411	88,8	34	14	32	578	95,7	10	7	21
	B	96	90,6	41	40	60	1	100	6	6	6
	C	15	100	74	68	119	1	0	209	209	209
	D	3	66,7	244	231	426	.	.	.	.	.
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	A	172	95,3	15	13	29	2	100	5	5	8
	B	51	94,1	25	21	54	.	.	.	.	.
	C	3	100	52	52	59	.	.	.	.	.
	D	1	100	3	3	3	.	.	.	.	.
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	A	131	75,6	29	18	53	82	91,5	14	11	27
	B	310	57,1	79	55	171	236	98,3	19	14	40
	C	442	74,9	130	106	268	71	97,2	34	12	83
	D	190	85,3	177	88	411	9	88,9	59	13	384
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	A	159	98,1	6	3	16	.	.	.	.	.
	B	4	100	20	13	50	1	100	2	2	2
EMORROIDECTOMIA	A	7	57,1	37	28	86	31	93,5	16	12	28
	B	50	58	62	49	106	153	92,8	28	21	50
	C	96	74	134	135	235	270	99,6	15	10	25
	D	108	91,7	206	133	364	8	100	40	20	181
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	A	153	71,9	28	20	47	251	90,4	15	11	29
	B	308	40,3	101	77	185	676	96,2	60	18	44
	C	842	79,6	109	77	244	65	100	32	17	95
	D	409	93,6	146	102	343	93	100	35	16	48
TONSILLECTOMIA	A	20	90	32	12	47	55	76,4	28	17	57
	B	63	79,4	107	45	119	123	72,4	48	29	104
	C	209	92,8	113	105	177	116	94,8	83	88	143
	D	455	90,1	178	115	365	42	97,6	96	62	229

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna. Reportistica predefinita: Efficienza - Efficienza tempi di attesa - Prestazioni monitorate: principali statistiche. Dati aggiornati al 17.03.2020. Dato consolidato senza mobilità passiva.

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.

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

OBIETTIVO DI MANDATO 1.6 DGR 167/2015

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

Cure Palliative

La Deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 19.03.2019 ha istituito la Rete Locale Cure Palliative (RLCP) 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 sono stati nominati il gruppo di Coordinamento Tecnico ed il Coordinatore della RLCP. Il Coordinatore ha il compito di presiedere il gruppo di Coordinamento Tecnico e di recepire, proporre e valutare gli obiettivi da raggiungere annualmente, oltre che effettuarne periodica e tempestiva verifica dell'andamento.

Il gruppo di coordinamento tecnico, 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, ha il compito di pianificare, programmare e organizzare le attività di Cure Palliative della RLCP.

Sono stati successivamente definiti i criteri di eleggibilità alla RLCP per pazienti con patologia cronica, inguaribile, evolutiva e a prognosi infausta. Nello specifico, è stato definito in maniera uniforme un punto di accesso alla rete per ogni ambito territoriale gestito dall'Infermiere Case Manager. A questo livello la richiesta di inserimento viene processata, si organizza la visita, si effettua la valutazione multi professionale e si definisce 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 poi posta alla revisione della struttura organizzativa assistenziale infermieristica, che si è sviluppata attraverso:

- confronto dei modelli organizzativi infermieristici presenti presso i setting assistenziali di Cure Palliative in AUSL della Romagna;
- definizione del modello organizzativo di assistenza infermieristica aziendale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa di riferimento regionale;
- 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;
- Avvio dell'elaborazione della documentazione clinica-assistenziale unica a garanzia del processo e della continuità assistenziale, nonché del corretto flusso dei dati informativi tra i vari Nodi della Rete.

Nel 2018 era già stata condivisa - nei vari livelli organizzativi dipartimentali - la proposta di riorganizzazione e si era inoltre avviato il consolidamento del modello organizzativo di Case Management nei vari ambiti territoriali, con la presentazione ai MMG del ruolo degli Infermieri Case Manager all'interno della Rete Locale Cure Palliative.

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.

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 $\geq 50\%$)

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.

Salute Mentale Adulti

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

Nel corso del 2019, il tempo medio di attesa tra prenotazione e prima visita specialistica è leggermente aumentato rispetto al 2018, attestandosi a 13,3 giorni contro i 12,5 dell'anno precedente, comunque sempre rispettando i margini massimi di 15 giorni previsti dalla normativa di riferimento.

PRIA

L'Azienda USL della Romagna, in questi anni, ha fattivamente lavorato per dare attuazione alla DGR n. 212/2016, andando anche a potenziare servizi dedicati proprio 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).

Il lavoro messo in campo ha consentito di perseguire i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio nel 2019:

Numero medio di ore settimanali per bambino (Fonte: rilevazione aziendale): obiettivo ≥ 4 ore

Per i bambini della fascia di età 0-6 anni, l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico, condotto da operatori opportunamente formati dal Team ASD, si attesta a livello aziendale su circa 3 ore settimanali, pur con delle differenziazioni per ambito.

L'obiettivo fissato di 4 ore/sett non è stato raggiunto e le criticità rilevate sono relative ad un notevole incremento delle diagnosi nella popolazione 0-6 anni e nella difficoltà nel reperire personale formato per l'intervento educativo domiciliare (in appalto) che ha determinato frequenti cambi del personale con conseguente attesa nella designazione del nuovo operatore. A tal fine, si sono realizzate delle valutazioni condivise di gravità dei pazienti, andando a differenziare nell'ambito dei progetti individualizzati le ore settimanali.

Tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0 - 6: obiettivo ≤ 60 giorni

Per quanto riguarda il tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.S.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0-6 anni, il tempo si attesta ancora in maniera differente nei diversi ambiti, data la variabilità di incidenza di diagnosi:

- Rimini tempo massimo di attesa 60 giorni;

- Forlì tempo massimo di attesa 90 giorni;
- Cesena tempo massimo di attesa 120 giorni;
- Ravenna tempo massimo di attesa 150 giorni;
- Media Ausl Romagna: 105 giorni

Percorsi sull'Emergenza/Urgenza

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).

Infine, per quanto riguarda la domanda, a livello regionale si analizzano gli accessi al PS ponderati per 1.000 residenti e distinti per gravità del paziente: il confronto con il dato medio della RER, evidenzia per i residenti romagnoli un numero di accessi per 1.000 residenti più elevato della media regionale (403,8 vs 395,6) però con una crescita rispetto all'anno precedente decisamente inferiore a quella riscontrata a livello complessivo. Inoltre, 7 accessi ogni 1.000 residenti riguardano pazienti che giungono in condizioni critiche, mentre questo dato come media regionale è attestato a 5,6 (per dettagli si rimanda alla tabella seguente). Da segnalare la consistente

diminuzione di accessi di pazienti non urgenti, il cui tasso nel 2019 è sceso a 44,4 rispetto a 62,9 del 2018, che persegue l'obiettivo di incrementare l'appropriatezza del ricorso al PS.

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

Anni 2019 vs 2018

AUSL di residenza		PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
AUSL ROMAGNA	Anno 2019	44,4	259,4	71,9	7	21,1	403,8
	Anno 2018	62,9	235,7	75,3	7,4	20,9	402,2
REGIONE	Anno 2019	57,5	241,7	72,1	5,6	18,7	395,6
	Anno 2018	64,6	231,4	71,2	5,7	18,6	391,6

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

Dati aggiornati al 18.03.2020.

3.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'accesso

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

L'analisi dettagliata nella sottostante tabella di ogni singolo indicatore, tuttavia, evidenzia situazioni in peggioramento rispetto a quanto prodotto nel 2018 e non in linea con il target atteso nel periodo, anche se la performance si conferma congrua rispetto agli standard regionali. Questo si riscontra in particolare per:

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

la cui performance è scesa da 12,51 giorni di attesa nel 2018 a 13,32 nel 2019, quindi al di sopra dell'obiettivo aziendale di mantenere l'attesa ≤ 12 giorni. Da segnalare anche il dato regionale a 11,33, ossia 2 giorni in meno rispetto alla performance romagnola.

- IND0105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti













che ha visto la performance scendere dal 58,65% del 2018 al 50,23% del 2019, circa 15 punti percentuali in meno del risultato medio regionale

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

in cui si è passati dal 61,57% del 2018 al 59,17% del 2019, in linea con la performance regionale ma in difetto rispetto al target prefissato di mantenere valori al di sopra del 60%.

- IND0410 - Tasso std di accessi in PS

la cui performance è passata da 402,17 accessi ogni 1.000 residenti nel 2018 a 403,84 nel 2019, al di sopra anche del valore regionale di 395,62.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0212 - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	130,48	129,2	131,3		Mantenimento valori 2018
IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,49	99,94	96,2		Mantenimento >= 90%
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	97,46	99,9	98,37		Mantenimento >= 90%
IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,51	13,32	11,33		Mantenimento <= 12gg
IND0106 - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	16	16		Mantenimento <= 15
IND0137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso	5,68	5,67	5,04		Miglioramento progressivo
IND0105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	58,65	50,23	64,81		Miglioramento progressivo
IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	61,57	59,17	59,02		Mantenimento >= 60%
IND0410 - Tasso std di accessi in PS	402,17	403,84	395,62		Trend in riduzione nel triennio
IND0765 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	90,43	92,52	89,3		Mantenimento >= 90%
IND0766 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	96,25	97,01	93,11		Mantenimento >= 90%
IND0767 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	80,46	87,07	85,25		Miglioramento progressivo

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

3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2019 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.4 DGR 167/2015

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

Continuità assistenziale

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

La continuità ospedale-territorio, in particolare proprio la dimissione protetta, è stata oggetto di revisione all'interno dell'Azienda per rendere il più possibile omogenei i modelli attualmente in atto nei diversi ambiti territoriali, prevedendo in particolare una regia unica NuCOT (acronimo di Nucleo di Continuità Ospedale Territorio) capace di garantire un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera anche per ridurre la frammentazione degli interventi.

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

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

ha messo in evidenza come nel corso del 2019 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 da cui sono emerse necessità di attivare azioni correttive che sono state pianificate per il 2020.

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.

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).

Salute in età pediatrica ed adolescenziale

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

- **Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**, rispetto al quale 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 riferimento all'indicatore Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso (obiettivo $\geq 80\%$), si conferma che in Azienda è consolidata la presa in carico integrata fra servizi sociali e sanitari, che interessa oltre l'80% dei percorsi socio sanitari che hanno in carico i bambini e i ragazzi.
- **Lotta all'antibioticoresistenza**, in cui i principali obiettivi di performance per l'anno 2019 evidenziano:
 - un **tasso di prescrizioni in età pediatrica** pari 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;
 - un **rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato a pazienti residenti < 14 anni** (obiettivo: $\geq 1,5$) che invece riporta per il 2019 ad un mancato raggiungimento dell'obiettivo a livello aziendale (1,09 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).

- **Promozione dell'Allattamento**, esperito su tutto il territorio, sia in ambito territoriale (nelle fasi di preparazione al parto e di sostegno al domicilio) che in ambito ospedaliero (favorendo l'attaccamento precoce al seno e sviluppando ambienti dedicati alle madri nutrici). Inoltre, tutto il personale ostetrico dei consultori e degli ospedali ha partecipato a diversi corsi di formazione ed aggiornamento sul tema.
- Per quanto concerne gli indicatori di performance:

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).

- **Promozione della salute in adolescenza.** L'Azienda opera per favorire l'accesso ai consultori degli adolescenti e giovani, con particolare attenzione a quelli di origine straniera, per sviluppare informazione intorno alle tematiche della prevenzione e del trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, delle diagnosi precoci e del trattamento dell'endometriosi, della consulenza preconcezionale e prenatale, del family planning, come previsto anche nelle schede attuative d'intervento del PSSR 2017-2019.
- Gli Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione target 14-19 anni (Obiettivo >=19%) nel 2019 risultano il 15,5%, in crescita rispetto al 13,6% del 2018 ma sempre al di sotto della media regionale del 18,4%.

Integrazione socio-sanitaria

OBIETTIVO DI MANDATO 1.8 DGR 167/2015

L'Ausl della Romagna ha lavorato costantemente ed assiduamente per tutto il 2019 sui punti oggetto di obiettivi deliberati da parte della Regione sulle tematiche inerenti i servizi socio-sanitari

per la non autosufficienza. In particolare si evidenzia che 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

3.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'integrazione

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

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

la performance risulta decisamente al di sotto della media regionale (169,37 vs 191,83), seppur in crescita rispetto al 2018 (164,95).

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









il tasso nel 2019 si è attestato a 451,63 riportando una diminuzione rispetto al 457,03 del 2018, tuttavia notevolmente al di sopra del tasso regionale di 389,25, collocandosi nella fascia di valutazione gialla.

- IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO

sebbene si tratti di un obiettivo ancora in fase di osservazione da parte degli organi regionali, il dato 2019 presenta una percentuale di re-ricovero entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO del 9,64%, ben oltre il 4,35% riscontrato nel 2017 e che l'Azienda si era data come obiettivo per il triennio 2018-2020.

- IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni

sebbene si tratti di un obiettivo che anche per il 2019 presenta una performance migliore rispetto alla media regionale (24,61% vs 27,56%), il trend di progressiva crescita del tasso di TSO evidenzia la necessità di valutazioni e correttivi.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0683 - Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	84,52	106,2	102,43		Trend in riduzione nel triennio
IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	457,03	451,63	389,25		Trend in riduzione nel triennio
IND0207 - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,56	3,69	4,14		Mantenimento valori 2018
IND0673 - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8,1	9,64	9,07		Mantenimento valori 2017
IND0311 - % IVG medica sul totale IVG	22,18	25,99	38,34		Miglioramento progressivo
IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	40,31	29,53	19,85		Miglioramento progressivo
IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	18,97	24,61	27,56		Mantenimento valori 2018
IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti >= 75 anni	164,95	169,99	191,83		Trend nel triennio in progressivo incremento

3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

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

Qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati

OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015

Nella sottostante tabella degli indicatori regionali sulle performance di esito si può rilevare l'andamento 2019 vs 2018 dei principali interventi monitorati, con evidenza di quelli cui si è realizzato un miglioramento della performance e di quelli cui risulta necessario intervenire ulteriormente.

Poiché il servizio regionale per questi indicatori (a livello aziendale e regionale) riporta esclusivamente i dati non aggiustati, il primo aspetto che viene preso in considerazione per attivare gli strumenti di analisi disponibili è il calo di performance che nel 2019 ha riguardato soprattutto alcuni indicatori legati alla mortalità a 30 giorni a seguito di intervento.

L'Azienda USL della Romagna, sulla base delle maggiori criticità riscontrate fra gli indicatori rinvenibili da SivER, griglia LEA, PNE, BERSAGLIO, Piano Performance, DM70 inerenti l'appropriatezza e sicurezza dei servizi erogati, opera con lo strumento dell'Audit Clinico al fine di individuare correttivi e miglioramenti volti ad incrementare le performance non adeguate.

In particolare:

- IND0389 - Mortalità a 30 giorni per IMA

Performance aziendale in miglioramento rispetto al 2018, con il tasso di mortalità passato da 9,13 del 2018 a 7,92 del 2019, superiore anche al dato regionale di 8,3.

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

L'indicatore presenta un valore aziendale migliorato rispetto a quello del precedente periodo di analisi, seppur ancora non in linea col target regionale (2,2 Romagna vs 1,45 RER). Si sottolinea che tali attività sono svolte in committenza presso il privato (Villa Maria Cecilia Hospital) e che nel piano di committenza è previsto un punto relativo al miglioramento.

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

Riguardo a questa tematica nel 2017 si è realizzato un audit sulla qualità dei dati, come individuato da PNE. L'indicatore nel 2019 evidenzia un valore aziendale in deciso miglioramento rispetto allo scorso anno (5,1% vs 8,45%).

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

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

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

A seguito dell'audit clinico sulla qualità dei dati realizzato nel 2017, il risultato aziendale presenta un deciso miglioramento della performance (54,3% nel 2019 vs 51,62% nel 2018). Inoltre, il risultato conseguito resta migliore rispetto a quello regionale (47,59%).

- IND0391 - Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

Valore aziendale più elevato rispetto al risultato regionale e con performance in lieve peggioramento rispetto al 2018, nonostante nel 2017 si siano prodotte analisi ed azioni di miglioramento.

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

Valore aziendale con performance in miglioramento rispetto al periodo precedente ma non ancora in linea al risultato regionale. Sono in corso analisi per individuare opportune azioni di miglioramento.

- IND0393 - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico

Condotto nel 2016 un audit prospettico a livello aziendale con individuazione di azioni di miglioramento attuate dal 2017. La performance aziendale in miglioramento rispetto al 2017 ha riscontrato una nuova contrazione nel 2019, attestandosi a 10,42 vs un tasso di mortalità a livello regionale di 9,04.

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

Valore aziendale in peggioramento rispetto al periodo precedente di analisi. Inoltre, il tasso di mortalità è superiore anche al dato complessivo regionale (1,87 vs 1,61).

- IND0395 - Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

valore aziendale in miglioramento (9,67 vs 10,09 del 2018) ma inferiore alla performance regionale (8,89).

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

Realizzati nel 2017 audit clinici sulla qualità dei dati. Il valore aziendale risulta migliore di quello regionale ed in miglioramento rispetto al periodo di analisi precedente (2,12 vs 3,53).

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

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

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




il valore aziendale è in linea con quello regionale ed anche in miglioramento rispetto allo scorso anno.

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

valore aziendale superiore alla media regionale ed in mantenimento rispetto al 2018. Per la quota di attività svolta dal privato accreditato, nel Piano di committenza 2019 era stato previsto un punto relativo al miglioramento.

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

valore aziendale in linea con quello regionale e stabile rispetto al 2018.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0389 - Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	9,13	7,92	8,3		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0390 - Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	51,62	54,43	47,59		
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,92	11,09	10,9		

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0275 - Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	2,92	2,2	1,45		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2	2,03	1,46		
IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	2,55	2,32	1,18		
IND0393 - Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	9,22	10,42	9,04		
IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,49	1,87	1,61		
IND0395 - BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	10,09	9,67	8,89		
IND0271 - Colectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	89,7	90,04	82,72		>= 80%
IND0396 - Colectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	95,62	95,96	85,35		Mantenimento valori 2018
IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,4	98,45	88,77		Raggiungimento 100% dei casi
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	8,45	5,1	5,78		Indicatori oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0	0,16	0,7		
IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	3,34	4,27	4,6		
IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,53	2,12	2,64		
IND0494 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	15,19	15,06	16,55		Mantenimento valori 2018
IND0402 - Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,69	0,69	1,02		Mantenimento valori 2018
IND0403 - Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,27	1,53	1,43		Mantenimento valori <1
IND0772 -Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	74,89	76,29	76,5		Mantenimento valori 2018
IND0404 -Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	2		Mantenimento valori 2018

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica. Nel dettaglio: gli indicatori **IND0275, IND0276, IND0392, IND0401, IND0402, IND0403** sono monitorati sul confronto fra il biennio 2018/2019 vs 2017/2018 e gli indicatori **IND0394, IND0399, IND0400** sono monitorati sul confronto fra il triennio 2017/2019 vs 2016/2018

4. Dimensione delle performance dei processi interni

4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

4.1.1. Produzione Ospedale

Riordino dell'assistenza ospedaliera

OBIETTIVO DI MANDATO 1.1 DGR 167/2015

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

Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto

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

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

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

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

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

Volumi di attività di Pronto Soccorso

Per quanto riguarda l'attività di **Pronto Soccorso e dei Punti di primo Intervento**, di seguito sono evidenziati gli accessi e le prestazioni erogate nel 2019 a confronto con il 2018, distinti per codice colore.

Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi e prestazioni suddivisi per triage all'entrata

Anni 2019 vs 2018 per ambito Ausl Romagna

Ambito Aziendale		BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO		TOTALE	
		Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni
Ravenna	2018	14.528	32.357	122.150	545.365	43.458	479.415	5.866	82.608	186.002	1.139.745
Ravenna	2019	15.010	25.589	122.072	578.736	44.999	559.031	5.604	86.378	187.685	1.249.734
Ravenna	$\Delta \% 19/18$	3,3%	-20,9%	-0,1%	6,1%	3,5%	16,6%	-4,5%	4,6%	0,9%	9,7%
Forlì	2018	6.235	13.056	37.440	217.791	8.828	90.462	1.289	17.931	53.792	339.240
Forlì	2019	8.992	21.110	36.832	237.059	8.469	94.900	1.436	21.144	55.729	374.213
Forlì	$\Delta \% 19/18$	44,2%	61,7%	-1,6%	8,8%	-4,1%	4,9%	11,4%	17,9%	3,6%	10,3%
Cesena	2018	7.957	13.875	64.175	251.673	13.981	123.006	2.308	34.337	88.421	422.891
Cesena	2019	7.388	12.724	66.377	270.323	14.500	130.619	2.306	33.439	90.571	447.105
Cesena	$\Delta \% 19/18$	-7,2%	-8,3%	3,4%	7,4%	3,7%	6,2%	-0,1%	-2,6%	2,4%	5,7%
Rimini	2018	18.315	26.144	130.495	525.961	34.678	388.854	4.978	77.590	188.466	1.018.549
Rimini	2019	22.679	48.867	118.719	495.880	38.541	444.372	5.892	96.326	185.831	1.085.445
Rimini	$\Delta \% 19/18$	23,8%	86,9%	-9,0%	-5,7%	11,1%	14,3%	18,4%	24,1%	-1,4%	6,6%
AUSL Romagna	2018	47.035	85.432	354.260	1.540.790	100.945	1.081.737	14.441	212.466	516.681	2.920.425
AUSL Romagna	2019	54.069	108.290	344.000	1.581.998	106.509	1.228.922	15.238	237.287	519.816	3.156.497
AUSL Romagna	$\Delta \% 19/18$	15,0%	26,8%	-2,9%	2,7%	5,5%	13,6%	5,5%	11,7%	0,6%	8,1%
REGIONE	2018	272.583	605.571	1.257.729	7.346.465	350.837	4.679.386	40.811	713.493	1.921.960	13.344.915
REGIONE	2019	275.841	618.876	1.261.211	7.575.525	363.661	4.989.735	43.402	775.981	1.944.115	13.960.117
REGIONE	$\Delta \% 19/18$	1,2%	2,2%	0,3%	3,1%	3,7%	6,6%	6,3%	8,8%	1,2%	4,6%

Fonte: Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Offerta – Distribuzione accessi e prestazioni).

Dati aggiornati al 18.03.2020

Gli accessi e le prestazioni di Pronto Soccorso del 2019 riscontrano un incremento in confronto al 2018 rispettivamente dello 0,6% e del 8,1%, con andamenti disomogenei fra i diversi ambiti rispetto al codice di triage assegnato. In particolare gli accessi in codice bianco diminuiscono del 7,2% nel cesenate mentre aumentano negli altri ambiti (Ravenna +3,3%; Rimini +23,8%; Forlì +44,2) e gli accessi in codice rosso aumentano nel forlivese (+11,4%) e nel riminese (+18,4%), diminuiscono nel ravennate (-4,5%) e appaiono pressoché stabili sull'ambito di Cesena (-0,1%). Il numero di prestazioni aumentano in tutti gli ambiti e per tutti i livelli di gravità con le eccezioni dei codici bianchi a Ravenna (-20,9%) e Cesena (-8,3%); dei codici verdi a Forlì (-5,7%) e dei codici rossi a Cesena (-2,6%).

A livello regionale la crescita di accessi risulta superiore al dato romagnolo mentre è inferiore per le prestazioni, attestandosi rispettivamente a +1,2% e a +4,6%.

Gli accessi effettuati nelle strutture dell'Ausl Romagna sono stati 519.816 e rappresentano il 26,7% del totale regionale, invece le 3.156.497 prestazioni erogate sono il 22,6% del complessivo regionale.

L'analisi suddivisa per DEA e PPI riporta una crescita degli accessi nel primo contesto (DEA +1%) ed una lieve diminuzione nei Punti di Primo Intervento (-1,2%) , con andamento disomogeneo fra gli ambiti. In entrambi i canali di accesso circa i $\frac{2}{3}$ dei pazienti afferiti sono classificati in codice verde, con una percentuale complessiva che si attesta al 65,6% per DEA e al 69,4% per PPI.

*Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi in DEA e PPI suddivisi per triage all'entrata
Anni 2019 vs 2018*

DEA	Anno 2018					Anno 2019				
	Accessi Tot.	% per Codice Triage				Accessi Tot.	% per Codice Triage			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Ravenna	174.649	7,4%	65,5%	23,8%	3,3%	175.640	7,3%	64,8%	24,7%	3,2%
Forlì	49.207	11,8%	69,9%	15,7%	2,6%	50.990	16,7%	65,9%	14,6%	2,8%
Cesena	61.683	6,7%	70,9%	18,7%	3,7%	64.337	6,1%	71,9%	18,6%	3,5%
Rimini	136.650	11,3%	65,7%	19,6%	3,4%	135.463	9,8%	63,1%	23,0%	4,1%
AUSL ROMAGNA	422.189	9,1%	66,9%	20,8%	3,3%	426.430	9,1%	65,5%	22,0%	3,5%

PPI	Anno 2018					Anno 2019				
	Accessi Tot.	% per Codice Triage				Accessi Tot.	% per Codice Triage			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Ravenna	11.353	14,3%	69,1%	16,1%	0,5%	12.045	17,8%	67,9%	14,0%	0,3%
Forlì	4.585	9,4%	66,3%	23,8%	0,5%	4.739	9,7%	68,6%	21,4%	0,3%
Cesena	26.738	14,3%	76,3%	9,2%	0,2%	26.234	13,3%	76,8%	9,6%	0,3%
Rimini	51.816	5,5%	78,5%	15,2%	0,8%	50.368	18,6%	66,0%	14,6%	0,7%
AUSL ROMAGNA	94.492	9,2%	76,2%	14,1%	0,5%	93.386	16,6%	69,4%	13,5%	0,5%

TOTALE	Anno 2018					Anno 2019				
	Accessi Tot.	% per Codice Triage				Accessi Tot.	% per Codice Triage			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Ravenna	186.002	7,8%	65,7%	23,4%	3,2%	187.685	8,0%	65,0%	24,0%	3,0%
Forlì	53.792	11,6%	69,6%	16,4%	2,4%	55.729	16,1%	66,1%	15,2%	2,6%
Cesena	88.421	9,0%	72,6%	15,8%	2,6%	90.571	8,2%	73,3%	16,0%	2,5%
Rimini	188.466	9,7%	69,2%	18,4%	2,6%	185.831	12,2%	63,9%	20,7%	3,2%
AUSL ROMAGNA	516.681	9,1%	68,6%	19,5%	2,8%	519.816	10,4%	66,2%	20,5%	2,9%
REGIONE	1.921.960	14,2%	65,4%	18,3%	2,1%	1.944.115	14,2%	64,9%	18,7%	2,2%

Fonte: Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Offerta – Distribuzione accessi e prestazioni).
Dati aggiornati al 18.03.2020

In termini di codice colore, si osserva a livello aziendale che il 10,4% degli accessi è in codice triage bianco, in crescita rispetto al 2018 (comunque al di sotto del 14,2% regionale) e con valore minimo che si osserva per Ravenna (8% del totale degli accessi dell'ambito ravennate) e il massimo per Forlì (16,1%); il 66,2% in codice verde, in diminuzione rispetto all'anno precedente e con valore

minimo che si rileva anche in questo caso per Ravenna (65%) e il massimo per Cesena (73,3%); il 20,5% in codice giallo, in leggero aumento rispetto al 2018 e con valore minimo che si riscontra per Forlì (15,2%) e il massimo per Ravenna (24%); da ultimo i codici rossi rappresentano il 2,9% della casistica rispetto al 2,2% a livello regionale.

La scomposizione dei dati degli accessi per modalità di dimissione (ricovero, decesso, abbandono, dimissione, etc..), porta in evidenza una percentuale di accessi esitanti in ricovero nelle strutture aziendali pari al 13,1% (leggermente in calo rispetto al 13,2% del 2018), e comunque inferiore rispetto alla media della Regione che è attestata a 14%. Gli ambiti aziendali presentano al loro interno una notevole variabilità, andando dal valore più elevato di Forlì (18,7%, al di sopra anche della media regionale) al valore più basso di Cesena (11,4%) e Rimini (11,7%). Eventuali approfondimenti si possono reperire dalle sottostanti tabelle.

*Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi in DEA e PPI suddivisi per modalità di dimissione
Anni 2019 vs 2018*

DEA	Anno 2018						Anno 2019					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	174.649	80,3%	14,7%	0,1%	1,2%	3,7%	175.640	80,2%	14,0%	0,1%	1,1%	4,5%
Forlì	49.207	71,1%	20,1%	0,2%	0,7%	8,0%	50.990	69,2%	19,9%	0,2%	0,7%	10,0%
Cesena	61.683	60,6%	14,5%	0,2%	0,0%	6,0%	64.337	61,3%	14,7%	0,2%	0,0%	5,4%
Rimini	136.650	77,5%	13,3%	0,1%	1,2%	7,8%	135.463	77,4%	13,5%	0,1%	1,5%	7,4%
AUSL ROMAGNA	422.189	75,5%	14,8%	0,1%	1,0%	5,9%	426.430	75,1%	14,7%	0,1%	1,0%	6,2%

PPI	Anno 2018						Anno 2019					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	11.353	86,0%	8,1%	0,0%	1,4%	4,3%	12.045	86,3%	7,3%	0,0%	0,0%	5,6%
Forlì	4.585	83,3%	6,1%	0,0%	0,5%	0,4%	4.739	83,5%	5,7%	0,0%	0,8%	0,8%
Cesena	26.738	92,5%	3,6%	0,0%	0,0%	3,8%	26.234	93,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,7%
Rimini	51.816	85,9%	6,9%	0,0%	0,8%	5,9%	50.368	88,4%	7,0%	0,0%	0,9%	2,9%
AUSL ROMAGNA	94.492	87,6%	6,1%	0,0%	0,6%	4,9%	93.386	89,2%	5,9%	0,0%	0,5%	3,4%

TOTALE	Anno 2018						Anno 2019					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	186.002	80,7%	14,3%	0,1%	1,2%	3,8%	187.685	80,6%	13,6%	0,1%	1,1%	4,6%
Forlì	53.792	72,1%	18,9%	0,2%	0,7%	7,3%	55.729	70,4%	18,7%	0,2%	0,7%	9,2%
Cesena	88.421	70,3%	11,2%	0,1%	0,0%	5,3%	90.571	70,5%	11,4%	0,2%	0,0%	4,9%
Rimini	188.466	79,8%	11,5%	0,1%	1,1%	7,3%	185.831	80,4%	11,7%	0,1%	1,3%	6,2%
AUSL ROMAGNA	516.681	77,7%	13,2%	0,1%	0,9%	5,7%	519.816	77,6%	13,1%	0,1%	0,9%	5,7%
REGIONE	1.921.960	79,2%	14,1%	0,1%	0,6%	5,1%	1.944.115	79,2%	14,0%	0,1%	0,7%	5,1%

Fonte: Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Offerta – Distribuzione accessi e prestazioni).

Dati aggiornati al 18.03.2020.

La somma delle percentuali degli esiti è inferiore a 100 perché non è riportata la voce di esito "NON RILEVABILE"

Tassi di ospedalizzazione

Un importante indicatore per misurare la domanda di prestazioni ospedaliere fa riferimento al tasso di ospedalizzazione. Nel 2019 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso⁵ della popolazione residente dell'AUSL della Romagna si presenta inferiore al dato medio regionale (136,2 vs 139,3) e con un trend stabilizzatosi nell'ultimo anno dopo una costante riduzione sino al 2018 (145,9 nel 2014; 144,4 nel 2015; 141,2 nel 2016; 138,4 nel 2017; 136,2 nel 2018), in questo caso aspetto che risulta omogeneo con quanto avviene anche a livello regionale.

L'aspetto maggiormente significativo rispetto al dato medio regionale riguarda il tasso di ospedalizzazione in strutture pubbliche: infatti, a un tasso regionale di 110,2 per mille abitanti, il tasso dei residenti romagnoli è sensibilmente più basso e pari a 106,8; diversamente, per l'ospedalizzazione in strutture private si osserva un tasso dei residenti romagnoli più elevato della media regionale (22,9 per mille ab., a fronte di una media regionale di 19,2).

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2019 vs 2018 vs 2017

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per Ausl di residenza e Tipologia DRG

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale ⁶			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
AUSL ROMAGNA	Anno 2017	44,1	64,7	108,8	14,8	8,4	23,2	3,5	2,9	6,4	62,4	76,0	138,4
	Anno 2018	43,6	63,3	106,9	14,2	8,5	22,8	3,7	2,8	6,5	61,5	74,7	136,2
	Anno 2019	43,3	63,5	106,8	14,3	8,6	22,9	3,7	2,8	6,5	61,2	75,0	136,2
REGIONE	Anno 2017	47,5	64,6	112,1	10,9	8,4	19,3	6,0	4,1	10,0	64,4	77,0	141,4
	Anno 2018	47,2	63,0	110,2	10,8	8,3	19,0	6,0	4,0	9,9	64,0	75,2	139,2
	Anno 2019	46,9	63,3	110,2	10,9	8,3	19,2	6,0	4,0	9,9	63,8	75,6	139,3

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani. Regime ordinario e day hospital.

Reportistica Predefinita (Domanda). Dati aggiornati al 17.03.2020

Il tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza evidenzia, a fronte di un dato medio aziendale pari a 136,2, un valore massimo per i residenti del distretto di Ravenna (140,5, comunque in netto calo rispetto al 143,7 dell'anno precedente) che si posiziona su valori

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

⁶ Per il 2019 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente, non essendo ancora disponibili i dati definitivi.

superiori anche alla media regionale e un valore minimo per i residenti del distretto di Cesena – Valle Savio (129,3), rimanendo in linea con la performance del 2018.

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2019 vs 2018

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e Tipologia DRG

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
DISTR. RAVENNA	Anno 2018	45,4	69,8	115,1	15,3	6,8	22,1	3,6	2,8	6,4	64,2	79,4	143,7
	Anno 2019	44,8	67,5	112,3	14,7	7,1	21,8	3,6	2,8	6,4	63,1	77,4	140,5
DISTR. LUGO	Anno 2018	47,4	70,5	117,9	12,6	3,3	15,9	2,9	2,1	5,0	62,9	76,0	138,9
	Anno 2019	46,6	69,3	115,9	12,6	3,5	16,1	2,8	2,1	5,0	62,0	75,0	137,0
DISTR. FAENZA	Anno 2018	46,3	67,8	114,1	15,2	5,4	20,6	2,5	2,1	4,7	64,1	75,3	139,4
	Anno 2019	46,3	67,8	114,1	14,3	5,0	19,3	2,5	2,1	4,6	63,2	74,8	138,0
DISTR. FORLÌ	Anno 2018	40,4	63,0	103,4	16,9	12,1	29,1	3,2	2,5	5,7	60,5	77,7	138,2
	Anno 2019	39,9	62,2	102,1	16,4	12,0	28,4	3,2	2,5	5,7	59,5	76,7	136,1
DISTR. CESENA - VALLE SAVIO	Anno 2018	41,1	51,7	92,8	15,5	15,5	30,9	3,2	2,5	5,7	59,7	69,7	129,4
	Anno 2019	40,7	52,3	93,0	15,7	15,0	30,7	3,2	2,5	5,7	59,6	69,8	129,3
DISTR. RUBICONE	Anno 2018	42,0	55,7	97,7	15,9	14,5	30,4	3,5	2,9	6,3	61,4	73,0	134,4
	Anno 2019	42,4	54,6	97,0	16,9	14,5	31,4	3,5	2,9	6,4	62,7	72,0	134,7
DISTR. RIMINI	Anno 2018	44,2	63,2	107,4	12,4	6,5	18,9	4,3	3,4	7,6	60,9	73,0	134,0
	Anno 2019	44,2	66,2	110,4	12,8	7,1	19,9	4,3	3,4	7,7	61,3	76,7	138,0
DISTR. RICCIONE	Anno 2018	43,7	60,4	104,1	9,9	5,4	15,3	5,5	4,1	9,6	59,1	69,8	129,0
	Anno 2019	43,4	64,5	108,0	11,3	5,8	17,1	5,6	4,1	9,6	60,3	74,4	134,7
AUSL ROMAGNA	Anno 2018	43,6	63,3	106,9	14,2	8,5	22,8	3,7	2,8	6,5	61,5	74,7	136,2
	Anno 2019	43,3	63,5	106,8	14,3	8,6	22,9	3,7	2,8	6,5	61,2	75,0	136,2

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani. Regime ordinario e day hospital.

Reportistica Predefinita (Domanda). Dati aggiornati al 17.03.2020

Infine, l'analisi del tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero permette di rilevare come lo scarto del dato dell'Ausl della Romagna rispetto alla Regione sia riconducibile sia al regime di Day Hospital (24,2 vs 25,8), sia al regime di degenza ordinaria (113,0 vs 113,6), in diminuzione rispetto al 2018 rispetto ai residenti romagnoli.

Ulteriori considerazioni riguardano la variabilità intra-aziendale, per cui sul regime ordinario si va da un tasso di ospedalizzazione di 114,3 fra i residenti del Distretto di Faenza (al di sopra della media regionale) a 108,3 del Distretto di Cesena – Valle Savio; allo stesso modo sul versante Day Hospital, con il valore massimo rilevato fra i residenti del Distretto di Ravenna (26,4, anche in questo caso al di sopra della media regionale) e il minore sempre fra i residenti del Distretto di Cesena – Valle Savio (21,1). Maggiori dettagli sono rinvenibili nella tabella sottostante:

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2019 vs 2018

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero

Distretto di residenza	Anno 2018			Anno 2019		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
DISTR. RAVENNA	117,8	25,9	143,7	114,0	26,4	140,5
DISTR. LUGO	116,5	22,3	138,9	112,8	24,2	137,0
DISTR. FAENZA	116,4	23,0	139,4	114,3	23,7	138,0
DISTR. FORLÌ	115,3	22,8	138,2	112,7	23,4	136,1
DISTR. CESENA-VALLE SAVIO	108,6	20,8	129,4	108,3	21,1	129,3
DISTR. RUBICONE	112,7	21,6	134,4	111,9	22,9	134,7
DISTR. RIMINI	109,3	24,7	134,0	111,7	26,3	138,0
DISTR. RICCIONE	107,9	21,1	129,0	112,5	22,2	134,7
AUSL ROMAGNA	113,0	23,2	136,2	112,1	24,2	136,2
REGIONE	113,6	25,6	139,2	113,5	25,8	139,3

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

Reportistica Predefinita (offerta e domanda). Dati aggiornati al 17.03.2020

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 ingratescenti. 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.

Tra i progetti innovativi, si evidenzia la definizione all'interno del Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza del PDTA sulle Malattie infiammatorie intestinali che prevede l'integrazione tra il percorso del bambino e quello dell'adulto.

Inoltre, 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, rispetto al quale è stata individuata la Ginecologia di Rimini come uno degli Hub di primo livello per la diagnosi e la cura della malattia, mentre è già operativo l'ambulatorio dedicato.

Rispetto al Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna (DGR 1945/2017), che prevede la definizione di un programma regionale Mesotelioma di assistenza informativa e sorveglianza sanitaria rivolto ai lavoratori ex esposti ad amianto da attuare attraverso l'istituzione di ambulatori di medicina del lavoro in tutti i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL regionali, l'Azienda ha attivato già nel 2018 un tavolo di lavoro ospedale-territorio (dipartimento oncoematologico, medicina del lavoro) che ha portato alla definizione dei percorsi aziendali (trasmissione dei casi di mesotelioma accertati dall'ospedale alle UU.OO di medicina del lavoro dei quattro territori della Romagna, al fine di consentire le valutazioni di tipo medico legale e giudiziario). Il protocollo di assistenza informativa e sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto prevede:

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

Attività Trasfusionale

Anche per l'anno 2019 è stata garantita l'autosufficienza Regionale di sangue ed emocomponenti. Dall'Azienda USL della Romagna 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%).

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

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

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)

L'obiettivo assegnato a Cesena (almeno 5 segnalazioni di donazioni DCD) è stato ampiamente raggiunto con 8 donazioni DCD nel 2019.

4.1.2. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Ospedale

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area evidenziano situazioni di criticità per l'anno 2019, pertanto - per il proseguo del lavoro nel triennio di validità dell'attuale Piano della Performance - si stanno effettuando analisi e valutazioni finalizzate ad individuare gli opportuni correttivi. In particolare:

- IND0773 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici

la cui performance si presenta in peggioramento rispetto al 2018 rientrando nella fascia di valutazione gialla.

- IND0774 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

la cui performance si presenta in peggioramento rispetto al 2018 rientrando nella fascia di valutazione gialla.

- IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni






nel corso del 2019 si riscontra un incremento della percentuale di ricoveri oltre soglia che porta la performance a posizionarsi in valutazione gialla.





- IND0409 - Volume di accessi in PS

l'analisi dell'indicatore evidenzia che il numero di accessi in codice bianco presenta un trend temporale in aumento, non rispettando l'obiettivo di progressivo decremento nel triennio di validità del Piano.

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

l'analisi dell'indicatore evidenzia che il numero di ricoveri in regime ordinario per DRG medici presenta un trend temporale in lieve ma progressivo aumento, pertanto l'obiettivo di diminuire il volume di tali ricoveri previsto nel triennio di validità del Piano non risulta raggiunto.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0773 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,04	0,25	0		Miglioramento
IND0774 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,04	0,03	0		Mantenimento valori 2018
IND0303 - Degenza media pre-operatoria	0,56	0,56	0,69		Mantenimento $\leq 0,5$
IND0409 - Volume di accessi in PS (codice bianco)	516.681	519.816	1.944.115		Trend in riduzione degli accessi con codici colore bianco
IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	88.204	88.455	354.900		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	70.134	67.560	251.847		Progressivo incremento
IND0413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	10.033	9.863	35.708		Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	18.772	21.685	91.650		Progressivo incremento
IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,9	4	3,94		< 3

4.1.3. Produzione Territorio

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

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

Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa

L'Azienda Usl della Romagna 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.

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).

Percorso Nascita

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. E' 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 Consultori pubblici.

Corsi di accompagnamento alla nascita

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

Assistenza Domiciliare

Il numero dei pazienti trattati nell'ambito dell'assistenza domiciliare nel 2019 è stato pari a 24.545 unità, in aumento rispetto al 2018 (24.251, +1,2%), mentre sono diminuiti gli accessi totali (da 726.979 a 674.691, -7,2%). Nei quattro ambiti territoriali si osserva una sensibile variabilità in merito alla percentuale di episodi di presa in carico da parte dei tre livelli di prestazione: in particolare, nell'attività erogata dai medici di medicina generale (valore più elevato a Forlì: 79,1% - valore più basso a Ravenna: 29,9%) e per complemento dall'assistenza infermieristica (valore più elevato a Ravenna: 50,6% - valore più basso a Forlì: 13,4%). La successiva tabella riporta i principali indicatori monitorati a livello regionale suddivisi per ambito territoriale, in cui dalla rilevazione 2018 si sono aggiunte le TAD sulle cure palliative, che rappresentano circa il 4% del totale dell'assistenza domiciliare integrata.

ADI: Tipologie di Assistenza Domiciliare (TAD). Anno 2019 vs 2018. Ausl Romagna

Indicatori	Anno 2018					Anno 2019				
	Ravenna	Forlì	Cesena	Rimini	TOTALE	Ravenna	Forlì	Cesena	Rimini	TOTALE
N. pazienti	9.205	4.160	3.341	7.545	24.251	8.997	4.825	3.263	7.369	24.454
N. TAD	10.774	5.522	4.115	9.162	29.573	10.306	7.007	3.972	9.037	30.322
N. accessi totali	298.149	88.298	100.330	240.202	726.979	203.115	144.720	98.031	228.825	674.691
Percentuale di TAD di bassa intensità	42,65%	90,55%	85,27%	73,43%	67,06%	42,65%	90,55%	85,27%	73,43%	67,06%
Percentuale di TAD di media intensità	52,93%	3,86%	9,55%	20,57%	27,71%	52,93%	3,86%	9,55%	20,57%	27,71%
Percentuale di TAD di alta intensità	4,42%	5,60%	5,18%	5,99%	5,23%	4,42%	5,60%	5,18%	5,99%	5,23%
Percentuale di TAD di assistenza di medicina generale	30,52%	82,22%	47,75%	42,35%	46,23%	29,91%	79,12%	48,51%	41,45%	47,16%
Percentuale di TAD di assistenza infermieristica	47,75%	14,58%	43,21%	38,65%	38,11%	50,57%	13,39%	42,93%	38,86%	37,49%
Percentuale di TAD di assistenza sociosanitaria	17,30%	0,00%	4,28%	14,37%	11,35%	17,66%	3,80%	3,32%	13,65%	11,38%
Percentuale di TAD di cure palliative di base	4,36%	1,00%	4,76%	4,62%	3,87%	1,57%	1,24%	5,19%	5,99%	3,28%
Percentuale di TAD di cure palliative specialistiche	0,06%	2,21%	0,00%	0,00%	0,44%	0,28%	2,45%	0,05%	0,04%	0,68%

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Offerta - Assistiti - Numerosità per distretto).

Rilevazione ReportER del 27.04.2020.

La durata media degli episodi di assistenza domiciliare è sintetizzata nella tabella a seguire sulla base del distretto e del livello assistenziale di erogazione.

I dati evidenziano che complessivamente la durata media in Ausl Romagna è più elevata rispetto alla Regione, tuttavia occorre sottolineare che nella composizione di tale valore contribuisce in maniera prevalente l'assistenza a bassa intensità, la cui durata media nell'Ausl Romagna è di 193,6

giorni rispetto ai 164 regionali; mentre i livelli medi (153,8 giorni vs 155,9 giorni) e alti (82,5 giorni vs 99,5 giorni) presentano una durata media inferiore al totale regionale, in particolare per il livello di intensità alta la cui durata media in Romagna è passata dai 102,4 giorni del 2018 ad appunto 82,5 giorni del 2019.

ADI: Durata Media in giorni per Distretto e Livello assistenziale. Anno 2019 vs 2018

Distretto	ANNO 2018				ANNO 2019			
	BASSA INTENSITÀ	MEDIA INTENSITÀ	ALTA INTENSITÀ	TOTALE	BASSA INTENSITÀ	MEDIA INTENSITÀ	ALTA INTENSITÀ	TOTALE
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	193,2	184,4	102,8	183,5	197,2	182,5	65,7	186,2
ROMAGNA - DISTR. LUGO	147,9	161,7	133,2	154,2	192,4	166,5	77,7	174,4
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	151,5	151,6	99	150,4	181,2	152,1	132,3	165,1
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	182,8	153,5	104,3	177,3	160,1	145,3	94,5	155,8
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	209,9	128,3	94,5	192,3	220,6	134,3	72,3	197,3
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	208	188,7	90,6	201,5	212,8	172,5	68,8	202,2
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	214,2	112,9	93,4	186,8	216	106,9	80,2	183,7
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	216,9	104,4	101,2	185,4	216,3	113,4	82,6	181,1
TOTALE AUSL ROMAGNA	194,9	154,5	102,4	178,9	193,6	153,8	82,5	177
TOTALE REGIONE	167,2	156,8	102,2	158,2	164	155,9	99,5	155,8

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Offerta - Durata - Durata media).

Rilevazione ReportER del 27.04.2020

Infine, l'analisi dei tassi di utilizzo standardizzati permette di rilevare l'utilizzo di assistenza domiciliare (per 1.000 abitanti residenti) al netto della composizione per età, in base alla dimensione territoriale di residenza dell'assistito. Tali tassi confermano un minor utilizzo dell'assistenza domiciliare in Ausl Romagna rispetto alla Regione (20,7 utenti ogni 1.000 residenti in Romagna rispetto ai 24,1 dell'intera Regione).

ADI: Tasso di utilizzo standardizzato per Distretto di residenza. Anno 2019 vs 2018

Distretto di residenza	Tasso di utilizzo standardizzato	
	Anno 2018	Anno 2019
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	18,3	17,9
ROMAGNA - DISTR. LUGO	20,7	19,7
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	21,3	20,9
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	20,1	26,1
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	15,7	14,7
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	17,9	18,6
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	23,5	23,6
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	19,4	20,4
AUSL ROMAGNA	19,8	20,7
REGIONE	23,7	24,1

Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna. Reportistica Predefinita (Domanda - Tassi - Tassi di utilizzo standardizzati).

Rilevazione ReportER del 27.04.2020

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 $\leq 30\%$

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.

4.1.4. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Territorio

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2019. In particolare, si evidenzia che per l'indicatore:










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

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

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

Anche per questo indicatore non si rileva l'incremento nell'utilizzo della rete GRAD, che si attesta nel 2019 a 0,37 ogni 1.000 residenti, in sostanziale mantenimento rispetto allo 0,36 del 2018 ed allo stesso livello regionale.

Infine si riscontra una diminuzione degli accessi in ADI per tutte le tipologie di intervento (bassa, media, alta intensità), non raggiungendo il target triennale previsto di progressivo incremento dell'attività di assistenza domiciliare integrata.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0211 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	18,86	18,95	20,98		Progressivo incremento
IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	52,02	53,73	54,21		Mantenimento valori 2018
IND0661 - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	67,67	69,36	62,37		Mantenimento valori 2018
IND0662 - % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	37	38	28,36		Mantenimento valori 2018
IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	7,81	8,62	7,25		Mantenimento valori 2018
IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	18,45	18,52	20,41		Progressivo incremento
IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	71,84	77,28	85,13		Mantenimento >=60
IND0499 - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,36	0,37	0,37		Incremento
IND0669 - Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	84,85	88,89	89,66		Incremento

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0670 - Durata media di degenza in OSCO	18,98	17,78	18,51		Mantenimento <= 20 giorni
IND0415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.836.664	1.870.004	7.169.052		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
IND0416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	1.614.908	1.621.437	6.674.019		Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	10.134.387	10.890.381	48.954.054		Atteso in diminuzione per azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva
IND0678 - Volume di accessi in ADI: alta intensità	47.142	43.792	440.731		Incremento
IND0679 - Volume di accessi in ADI: media intensità	208.289	183.235	856.988		Incremento
IND0680 - Volume di accessi in ADI: bassa intensità	471.548	447.664	1.773.313		Incremento
IND0681 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	713.693	937.848	6.984.000		Progressivo incremento

4.1.5. Produzione Prevenzione

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

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

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

A seguito dell'importante lavoro di applicazione della nuova normativa in materia vaccinale e di facilitazione all'informazione e all'accesso ai servizi, la copertura vaccinale MPR nel 2019 in Ausl della Romagna è praticamente giunta al livello della soglia di sicurezza fissata al 95% (Romagna: 94,42% - Regione: 95,14%).

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

Anche la copertura vaccinale esavalente a 24 mesi riporta un importante crescita fra 2017 e 2019, con una performance che sfiora il valore soglia del 95%, sebbene risulti ancora in fascia di valutazione gialla (Romagna: 94,79% - Regione: 95,52%).

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










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






- IND0175 - Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini

La copertura vaccinale esavalente a 24 mesi riporta una performance stabilizzata fra 2018 e 2019 su valori leggermente inferiori al 90%, restando in fascia di valutazione arancione (Romagna: 89,34% - Regione: 92,04%).

- IND0187 - % cantieri ispezionati

La performance anche sul 2019 risulta in diminuzione e l'obiettivo rientra in fascia di valutazione gialla. Tuttavia, se si analizza l'obiettivo di DGR 977/2019 "n. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08): target $\geq 15\%$ ", nel corso del 2019 è stato controllato il 25,4% dei cantieri con piano di rimozione amianto (506 canteri controllati/1.989 piani amianto e notifiche presentati).

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0171 - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	91,87	94,42	95,14		Allineamento a standard LEA
IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	52,12	-	-		Allineamento a standard LEA
IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,32	94,79	95,52		Allineamento a standard LEA
IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,02	9,13	9,29		Mantenimento ≥ 10
IND0160 - % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	51,67	50,9	49,9		Mantenimento ≥ 50
IND0161 - % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	40,3	38,8	34,3		Mantenimento ≥ 37
IND0761 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	74,52	73,64	69,67		Mantenimento ≥ 77
IND0762 - % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	62,39	62,6	62,42		Progressivo incremento
IND0763 - % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	50,72	52,04	53,53		Miglioramento

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0175 - Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini	89,93	89,34	92,04		Progressivo incremento
IND0674 - Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	90,72	92,79	92,66		Progressivo incremento
IND0187 - % cantieri ispezionati	15,05	14,04	17,83		Progressivo incremento
IND0408 - Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	99,92	100	100		Mantenimento >=95
IND0677 - Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	68,02	75,04	85,67		Progressivo incremento

Al momento della rilevazione non risultano disponibili per l'anno 2019 i dati relativi all'indicatore **IND0172**. Il periodo di rilevazione degli **IND0160** e **IND0161** è basato su un arco temporale pluriennale (2017/2019 vs 2016/2018).

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

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

Qualità sicurezza e gestione del rischio

OBIETTIVO DI MANDATO 1.7 DGR 167/2015

L'AUSL della Romagna già 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

Nel 2018 e 2019 è proseguito il **consolidamento del flusso SSCL** collegato alla scheda di dimissione ospedaliera con apprezzabili miglioramenti della completezza del debito informativo correlati alla progressiva informatizzazione del percorso chirurgico, all'attività del Team multidisciplinare dedicato ed alle attività formative effettuate. E' stato inoltre attivato un percorso di sperimentazione della SSCL per il taglio cesareo in tutte le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda.

I risultati delle osservazioni effettuate nelle sale operatorie di Chirurgia Generale e Ortopedia dell'Ausl della Romagna (**Progetto OssERvare**) 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.

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.

L'Azienda ha altresì assicurato l'assolvimento dei flussi informativi relativi agli eventi sentinella (SIMES) e **incident reporting**, nonché l'implementazione del piano aziendale di prevenzione delle cadute e della relativa attività formativa.

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.

L'effettuazione di **Significant Event Audit (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.

L'utilizzo del **braccialetto per l'identificazione del paziente** è diffuso in tutte le UU.OO. di degenza e Pronto Soccorso; con la progressiva implementazione della cartella clinica informatizzata è stata inoltre diffusa l'adozione del braccialetto informatizzato nelle UU.OO. di degenza.

Le attività previste dal **Piano Aziendale di Prevenzione delle cadute** sono proseguite nel corso del 2019 secondo la programmazione ivi contenuta (le evidenze sono contenute nella relazione di

rendicontazione dedicata). Con particolare riferimento all'attività formativa, 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.

In tema di 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.

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

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

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

La performance aziendale nel 2019 si è attestata al 42,09% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG rientranti nei LEA Chirurgici (fascia di valutazione rossa), in miglioramento rispetto al 40,05% del 2018 ma decisamente al di sotto del dato medio regionale che è pari al 55,3%.

- **IND0621 - Sepsì post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici**

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

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

Questi indicatori risultano ancora in fase di osservazione da parte della Regione, pertanto non ricevono una valutazione, tuttavia il risultato 2019 evidenzia valori in crescita rispetto al 2018 con conseguente non raggiungimento dell'obiettivo previsto di mantenimento/riduzione degli eventi negativi.













- **IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti**

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.

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

Nel 2019 il dato in Romagna si è attestato sul valore di 0,16, pertanto considerando solo l'attività presso le strutture pubbliche il risultato è il linea col target definito (Fonte: Banca dati SDO – Report Controllo di Gestione Ausl Romagna. Solo strutture pubbliche). Il dato complessivo pubblico e privato desunto da SivER porta invece l'indicatore a 0,2 quindi appena oltre lo standard atteso ma comunque in miglioramento rispetto allo 0,22 del 2018.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0213 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	3,17	2,96	1,92		Mantenimento
IND0214 - Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	42,44	36,16	27,06		Allineamento a standard LEA
IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,22	0,2	0,19		Allineamento a standard LEA
IND0210 - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	8,22	8,51	7,94		Allineamento a standard LEA
IND0101 - Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,48	9,51	9,44		In diminuzione
IND0621 - Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,91	9,07	6,89		Trend di mantenimento/riduzione
IND0622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,32	3,72	3,57		
IND0333 - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	23,2	24,17	22,43		
IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	796,67	862,59	822,01		Progressiva diminuzione
IND0125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	40,05	42,09	55,3		Allineamento a standard LEA
IND0505 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	12,01	13,03	13,9		Mantenimento
IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	6,19	5,23	4,52		Progressiva riduzione

4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2019 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.2 DGR 167/2015

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

Centralizzazione acquisti e logistica.

L'Ausl della Romagna 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.

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).

Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci

Nel corso di tutto l'anno 2019 è proseguito l'impegno dell'Azienda nelle azioni volte al perfezionamento del Percorso Attuativo della Certificabilità, così come definito dal livello regionale.

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

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

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

Indicatore e target:

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

Nel 2019 si è raggiunto il 100% degli adempimenti.

Gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

La gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile finalizzata all'implementazione di un sistema unico regionale, ha visto la costituzione di un gruppo strategico regionale - con rappresentanti delle due aree vaste e dell'Azienda Unica della Romagna aventi professionalità specifiche di bilancio, controllo di gestione, informatica e logistica – con l'obiettivo di condividere i parametri da implementare a valere dal 2019 nelle singole aziende.

Il progetto esecutivo tuttavia ha subito uno slittamento significativo e la migrazione integrale delle attività amministrativo contabili dell'AUSL 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 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 sugli acquisti di prodotti farmaceutici il Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), l'Ausl della Romagna ha implementato uno strumento 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.

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.

L'art. 32 comma 4 del succitato Regolamento europeo 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'efficiacia delle misure tecniche e organizzative poste in essere al fine di garantire la sicurezza del trattamento, cui l'Azienda è tenuta.

L'Azienda 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 ha poi 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.

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.3 DGR 167/2015

INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)

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.

Adempimenti dei flussi informativi

OBIETTIVO DI MANDATO 2.6 DGR 167/2015

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 rimanda alla valutazione riportata al paragrafo 4.8 dell'allegato *“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”*.

4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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.

L'analisi dell'indicatore regionale di valutazione, volto a monitorare la condivisione delle Aziende nella pianificazione e nelle strategie di acquisto definite a livello regionale sulla base del nuovo Accordo di Programma tra Regione e Intercent-ER (DGR 744/2018), evidenzia il raggiungimento di risultati in linea con il target atteso, seppur con performance inferiore alla media regionale.

<i>Indicatore</i>	<i>Valore Ausl Romagna 2018</i>	<i>Valore Ausl Romagna 2019</i>	<i>Valore Regionale 2019</i>	<i>Valutazione performance 2019</i>	<i>Target atteso nel triennio 2018-2020</i>
IND0818 - % centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	45,85	52,01	56,55		Progressivo miglioramento

5. Dimensione delle performance dell'innovazione e sviluppo

5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi strategici perseguiti nel 2019 riguardano:

Valorizzazione del capitale umano

OBIETTIVO DI MANDATO 2.7 DGR 167/2015

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

- dare attuazione alla procedura aziendale di valutazione delle risorse umane finalizzata alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance organizzativa e individuale. In riferimento alla tematica della valutazione l'Azienda nel corso del 2019 ha effettuato la valutazione della performance individuale anno 2018 per tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato. La valutazione è stata sintetizzata attraverso una scheda di valutazione, gestita tramite applicativo dedicato, contenente sia parametri relativi ai risultati, sia parametri relativi a comportamenti e competenze;
- 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...);
- proseguire nelle 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;
- superare i rapporti di lavoro autonomo consentendo, 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 e di diverse Unità Operative Complesse;
- proseguire nel percorso di implementazione del “Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane” (GRU), che ha costituito per l'Azienda un'ulteriore opportunità di sviluppo del percorso di armonizzazione delle regole, sia a livello interno sia sovra aziendale;
- completare il consolidamento strutturale ed organizzativo dell'Azienda, come previsto nella Deliberazione del Direttore Generale n. 387 del 11.10.2018, degli incarichi di Struttura Semplice ed Alta Professionalità per la dirigenza medica, veterinaria, sanitaria;
- progettare eventi formativi finalizzati a trasferire i contenuti teorici al contesto lavorativo e verifica sul campo dell'efficacia delle azioni formative realizzate quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativo. La misurazione del raggiungimento di tale obiettivo è stata realizzata attraverso l'analisi dei corsi ritenuti maggiormente significativi, rispetto ai quali si è sempre osservata una conseguente ricaduta organizzativa e/o operativa sui servizi coinvolti. Per approfondimenti si rimanda al capitolo 5 dell'allegato “Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”, al paragrafo “Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie”.

5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

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

- L'Anagrafe Regionale della Ricerca è stata regolarmente implementata.
- La riorganizzazione del Comitato Etico della Romagna è avvenuta nel rispetto delle modalità e delle tempistiche indicate dalla delibera di giunta regionale n. 2504 del 2016 (in particolare: Delibera di Istituzione entro il 31.12.2017, seduta di insediamento il 17.1.2018, prima seduta operativa 24.1.2018) garantendone la continuità dei lavori. L'Azienda attraverso il Board Aziendale Ricerca e Innovazione collabora attivamente con la Segreteria

del Comitato Etico della Romagna a supporto della sperimentazione clinica e della tutela dei pazienti.

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

L' Azienda USL della Romagna ha inoltre 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

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

A livello aziendale si sono definiti i seguenti standard (come da programmazione DGR 977/2019):

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.

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.

6. Dimensione delle performance della sostenibilità

6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

Gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance sono:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.1 DGR 167/2015

Il bilancio di esercizio 2019, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario e corredato dalla Relazione sulla Gestione sottoscritta dal Direttore Generale, è stato redatto secondo le disposizioni di cui al D.lgs n. 118/2011 e s.m.i., richiamate anche dall'art. 9 della Legge Regionale n. 9 del 16.07.2018 (quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali - OIC, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione).

Il Consuntivo 2019 registra un utile di esercizio pari ad € 923 e rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 977/2019 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati nella suddetta delibera regionale in tema di Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA, si precisa che è stato effettuato nel corso del 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.

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 giorni⁷ 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.

⁷ Fonte: SIVER.

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

Nel corso di tutto l'anno 2019 è proseguito l'impegno dell'Azienda nelle azioni volte al perfezionamento del Percorso Attuativo della Certificabilità, così come definito dal livello regionale.

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;
- 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.

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...).

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

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.

Governo delle risorse umane

OBIETTIVO DI MANDATO 2.5 DGR 167/2015

Dal 2018 lo strumento di programmazione dei fabbisogni di personale è rappresentato dal Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) previsto dall'articolo 6 ter del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato e integrato dall'articolo 17 D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 (Decreto Madia).

Il PTFP 2019/2021 è stato redatto in coerenza con la cornice finanziaria per il SSN e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale ed è stato oggetto di preventiva informativa sindacale - cui è seguito uno specifico incontro di illustrazione. In seguito all'approvazione regionale (nota della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna, PG/2019/ 0758278 del 11.10.2019) il PTFP 2019/2021 dell'Ausl Romagna è stato adottato con deliberazione n. 367 del 19.11.2019.

Il suddetto PTFP tiene conto delle azioni che hanno caratterizzato l'anno 2019 volte alla completa copertura del turn over, con particolare attenzione ai profili dei ruoli sanitari e tecnico assistenziali e all'implementazione delle relative dotazioni per garantire il rispetto degli standard assistenziali, delle disposizioni della Legge 161/2014, della riduzione delle liste d'attesa.

In merito allo sviluppo delle relazioni con le Organizzazioni Sindacali l'Azienda, nel rispetto della DGR 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 DGR 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.

L'analisi del costo relativo al personale dipendente ammonta a consuntivo ad €. 749.317.420 e risulta superiore di €. 20.682.280 (+2,84%) rispetto al dato previsionale. Tale incremento è relativo per €. 9.511.479 all'applicazione del CCNL dell'Area Sanità triennio 2016-2018 sottoscritto il 19.12.2019 e per €. 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 h24 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.

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

Politiche energetiche e mobilità sostenibile

L'Azienda svolge attività di monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 4.9 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale - dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

6.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Economico-Finanziaria





La tabella sottostante, che riporta gli indicatori regionali di valutazione, evidenzia alcuni elementi critici nell'area della spesa pro-capite per l'erogazione dell'assistenza⁸. L'analisi dei dati relativi ai costi pro-capite, che si riferiscono agli anni 2017 e 2018 (in quanto sono le ultime rilevazioni disponibili in SivER), evidenziano per il 2018 un incremento della spesa pro-capite in Ausl Romagna, con un valore superiore anche al dato medio regionale. Tuttavia occorre sottolineare che tali quote fanno riferimento ai soli costi pro-capite aziendali (ossia escludendo la parte di contribuzione delle AOSP/AOSPU/IRCCS).

Ad ogni modo, va segnalato che l'incremento dei costi risulta generalizzato in tutte le Aziende della Regione.

In particolare, nel corso del 2018 in Romagna si riscontra l'incremento nella sola spesa per l'assistenza distrettuale che passa da €. 1.086,59 a €. 1.117,68 per residente, rimanendo comunque in fascia di valutazione gialla.





⁸ I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Viceversa, risultano in diminuzione la spesa per assistenza ospedaliera (che da €. 639,42 del 2017 si attesta ad €. 633,78 nel 2018) e la spesa per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (che da €. 54,29 del 2017 si attesta ad €. 53,82 nel 2018).

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2017	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Regionale 2018	Valutazione performance 2018	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0614 - Costo pro capite totale	1.782,55	1.807,43	1801,56		Progressiva riduzione
IND0267 - Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	54,29	53,82	57,04		Mantenimento
IND0616 - Costo pro capite assistenza distrettuale	1.086,59	1.117,68	1115,35		Mantenimento
IND0615 - Costo pro capite assistenza ospedaliera	639,42	633,78	629,17		Mantenimento

I dati dei costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza si riferiscono agli anni 2017 e 2018 (ultime rilevazioni disponibili in SivER)

I restanti indicatori di natura economica rilevati in SivER fanno invece riferimento al confronto fra gli anni 2019 vs 2018 ed evidenziano performance tendenzialmente in miglioramento rispetto agli standard prefissati in sede di programmazione.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2018	Valore Ausl Romagna 2019	Valore Regionale 2019	Valutazione performance 2019	Target atteso nel triennio 2018-2020
IND0363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	93,94	93,15	95,18		Mantenimento
IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	85,74	86,21	86,2		Mantenimento
IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	160,37	163,43	169,1		Mantenimento
IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-5,81	-19,5	-		Mantenimento

6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

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

Il piano degli investimenti 2019 - 2021 è stato redatto secondo gli schemi specifici predisposti a livello regionale ed è stato allegato al Bilancio Economico Preventivo anno 2019 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 187 del 28.06.2019. Ad esso è stato allegato il piano delle alienazioni patrimoniali, con separata indicazione di quelle vincolate a ripiano perdite.

Le linee di programmazione per interventi di adeguamento e potenziamento strutturale di tutti i presidi, in linea con l'atto aziendale, continuano a seguire alcune linee di priorità:

- adeguamento costante degli edifici al modificato quadro normativo sanitario e strutturale, anche prevedendo ampliamenti o complesse ristrutturazioni;
- miglioramento del confort degli ambienti sia per i pazienti che per gli operatori;
- accentrimento delle funzioni sanitarie, amministrative, possibili e strategiche;
- superamento per gradi dei presidi ospedalieri e delle sedi territoriali i cui interventi di adeguamento risultino antieconomici;
- potenziamento delle strutture territoriali Case della Salute;
- Piano di sostenibilità e miglioramento energetico.

In ordine allo stato di avanzamento degli interventi realizzati nel 2018/19, tenuto conto che sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi e che sono state fornite informazioni dettagliate in riscontro alle richieste regionali sugli interventi in corso, si evidenzia, in coerenza con quanto trasmesso con specifica nota inviata in Regione, quanto segue:

- sono stati conclusi nel corso dell'anno diversi interventi (in alcuni casi, eseguiti i collaudi funzionali ed in esecuzione i collaudi amministrativi e tecnici conclusivi, sono già avviate o in corso di avviamento le attività sanitarie) quali: Intervento "Adeguamento Normativo Impianti Scariche Atmosferiche Presidi ospedalieri", Intervento "Verifiche Tecniche di Vulnerabilità Sismica delle Strutture Sanitarie" ; Intervento "Brisighella " Nuovo OSCO – Piano di Sviluppo Rurale", Intervento "Opere di miglioramento Strutturale e di Potenziamento Impiantistico dell'Ospedale M.Bufalini di Cesena" Intervento "Adeguamento del Progetto di Ampliamento DEA Ospedale di Rimini per l'Integrazione con l'Area Direzionale, Assistenziale e dei Servizi Territoriali ed Ospedalieri, Intervento "Completamento DEA Ospedale di Rimini – Area Materno Infantile"; Intervento "Presidio Ospedaliero di Faenza, - Blocco 11 Ristrutturazione piani I e II" Intervento RSA Novafeltria per un valore finanziario di complessivo di circa 25.500.000,00 di Euro;
- Un importante numero di interventi sono in fase di progettazione o in esecuzione:
 - Ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza - Lotto Ravenna - lavori e attrezzature €. 5.238.000,00;
 - Adeguamento funzionale ex Ospedale di Brisighella a residenza psichiatrica, nucleo cure primarie ed attività ambulatoriali €. 3.150.000,00;
 - Padiglione materno-infantile, chirurgico e centrali tecnologiche Ospedale di Lugo €. 4.807.864,00;
 - Ampliamento e ristrutturazione del Presidio Ospedaliero di Faenza €. 7.261.800,00;
 - Adeguamento alla regola di prevenzione incendi per le strutture sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di Ravenna (ex H36 e H37) €. 1.950.000,00;
 - Adeguamento normativo ospedale di Faenza €. 4.800.000,00;

- Ristrutturazione area lavaggio, confezionamento e deposito sterile centrale di sterilizzazione di Ravenna €. 390.000,00;
- Nuova costruzione edificio per servizi amministrativi nell'area dell'Ospedale S. Maria delle Croci €. 5.985.500,00;
- Ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza. Lotto Forlì - lavori e attrezzature €. 2.420.530,00;
- Adeguamenti normativi e funzionali Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì €. 2.900.000,00;
- Ristrutturazione Casa della Salute Grande del Presidio sanitario di Forlimpopoli €. 420.000,00;
- Nuova costruzioni strutture territoriali Casa della Salute Forlì in area ex Mangelli (1° fase) €. 2.500.000,00;
- Opere di miglioramento strutturale ed impiantistico dell'Ospedale di Cesena €. 2.350.000,00;
- Realizzazione di nuova diagnostica angiografica e ambienti di supporto in area blocco operatorio ospedale "Bufalini" di Cesena €. 1.773.580,00;
- Nuovo Ospedale di Cesena €. 156.236.567,00;
- Interventi di ristrutturazione edificio Piastra c/o ospedale Infermi di Rimini (dialisi) €. 1.034.000,00;
- Ristrutturazione Distretto Santarcangelo c/o Ospedale Franchini per sede Nuclei Cure Primarie €. 450.000,00;
- Ristrutturazione Casa Colonica Santarcangelo (Casa della Salute) €. 1.113.000,00;
- Centrale di sterilizzazione Osp. di Rimini €. 3.450.000,00;
- Nuova costruzione Casa della Salute Rimini €. 9.030.000,00;
- Realizzazione endoscopia e pneumologia Osp. Riccione €. 1.000.000,00.

A questi interventi si aggiungono quelli mirati alla sostenibilità del piano energetico, quelli volti alla riduzione del rischio sismico e quelli per l'adeguamento alle normative antincendio che seguono:

- Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione 2.200	€ 300.000,00
- Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna (gruppo 4)	€ 1.000.000,00
- Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione	€ 2.570.000,00
- Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna	€ 700.000,00

- Interventi di efficientamento POR FESR - Gruppo 2 - 3 - 4	€ 2.830.000,00
- Riqualificazione energetica dei PP.OO dell'AUSL della Romagna Gruppo 4	€ 3.070.000,00
- Realizzazione e gestione tramite contratto EPC di impianti di trigenerazione nei P.O. di Forlì, Ravenna, Faenza, Lugo e Cesena	€ 11.117.000,00
- Adeguamento degli ospedali alla regola di prevenzione incendi (int. 2018/8) completamento 2° step	€ 1.431.000,00
- Adeguamento degli ospedali alla regola di prevenzione incendi (int. 2018/8) completamento 2° step	€ 4.533.000,00
- Interventi di miglioramento sismico miglioramento sismico presidi ospedalieri dell'azienda USL della Romagna dotati di PS e terapie intensive (1° stralcio)	€ 11.500.000,00

- Alcuni interventi hanno subito rallentamenti in conseguenza dell'instaurarsi di procedure giudiziali ed extragiudiziali ed intervenute procedure concorsuali quali contenziosi in sede di espletamento della di gara d'appalto, contenziosi in fase di esecuzione, fallimento dell'Appaltatore, relativamente ai quali era già stata riportata comunicazione. In gran parte si stanno completando, seppur con difficoltà operative e tecniche importanti: intervento AP57bis - Faenza Ampliamento e ristrutturazione del presidio ospedaliero di Faenza; Intervento 304 - Padiglione materno-infantile, chirurgico e centrali tecnologiche ospedale di Lugo; Intervento 303 - Faenza, adeguamento normativo ospedale, collegamenti verticali e nuovo ps; intervento PB8 - Ampliamento e ristrutturazione del Pronto Soccorso dell'ospedale M. Bufalini di Cesena.
- Per quanto riguarda gli interventi di Riqualificazione Energetica, inseriti nel piano degli investimenti, Riqualificazione energetica di sedi sanitarie di media dimensione, sigla 2017/20-a e Realizzazione di interventi di efficienza energetica negli impianti dell'AUSL della Romagna, sigla 2017/21- a, si sta proseguendo pur nelle difficoltà derivanti dalle condizioni emergenziali determinate dal COVID 19.
- Per la PREVENZIONE INCENDI con riferimento al monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), i dati di monitoraggio sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze previste.
- Per la PREVENZIONE SISMICA, in riferimento alle azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie definite strategiche dalla normativa in materia di prevenzione sismica, i dati di monitoraggio sono stati inseriti nello share point regionale nel rispetto delle scadenze previste.

- L'intervento NUOVO OSPEDALE DI CESENA è stato inserito nel piano degli investimenti, scheda n.2, sigla 2018/7, allegato al bilancio preventivo 2018 approvato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL della Romagna n. 210 del 31.05.2018. Con delibera di Giunta Regionale n. 1145 del 16/07/2018, nel prendere atto della delibera aziendale di approvazione progetto di FTE 1^ fase del Nuovo ospedale di Cesena, è stato disposto di destinare all'Azienda USL Romagna risorse pari a € 12.000.000,00 per il finanziamento delle fasi di progettazione dell'intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale di Cesena.
- Sono in corso le procedure di espletamento della gara per l'affidamento di servizi di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica 2a fase, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, con riserva di affidamento anche dei servizi di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, inerenti i lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Cesena.
- In data 03.04.2019 è avvenuta la sottoscrizione dell'accordo territoriale tra il comune di Cesena, la provincia di Forlì-Cesena, la Regione Emilia Romagna e l'Ausl della Romagna per la localizzazione del nuovo polo ospedaliero di Cesena, ai sensi dell'art.58 della L.R. 24/2017, nell'area, di proprietà dell'Azienda USL della Romagna, sita in località Villachiviche di Cesena, a seguito della approvazione dello schema di accordo territoriale di cui alla delibera di Giunta del Comune di Cesena n. 347 del 04/12/2018, delibera D.G. Ausl della Romagna n. 452 del 12/12/2018, D.G.R. Emilia Romagna n. 2161 del 17.12.2018, delibera del Consiglio Provinciale Forlì-Cesena prot. n. 1078/3 del 18/01/2019.
- Sono stati sottoscritti atti di intenti con alcune amministrazioni comunali al fine di valorizzare il comune patrimonio immobiliare, (Cesenatico – Rimini), e sono in corso intese con il comune di Ravenna, tutto ciò in ordine alla prospettiva di trovare risorse finanziarie utili agli investimenti strutturali, politica portata avanti anche a riguardo delle dismissioni di vecchie sedi e locazioni, con l'obiettivo di realizzare o locare sedi più idonee ai nuovi e moderni standards sanitari.

Infine, un importante piano di manutenzioni straordinarie e cicliche, con impatto importante sul bilancio, ma necessario al mantenimento del patrimonio pubblico, completa il quadro degli investimenti.

TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Il piano investimenti 2019 è stato improntato per garantire la continuità delle attività cliniche ed il rispetto delle condizioni economiche che il contesto aziendale ha richiesto; complessivamente, considerando le varie fonti di finanziamento, sono stati investiti in tecnologie biomediche oltre €. 12.990.000,00.

Sono proseguite le acquisizioni previste dal finanziamento ex art.20 int. APb24 che prevede l'acquisizione di tecnologie per Sale Operatorie di tutti gli ambiti e le tecnologie necessarie al completamento del DEA di Rimini per un totale di €. 4.043.844,11.

Sono state avviate le acquisizioni previste nel programma finanziato con Delibera 1902 del 04.11.2019 a sostegno degli investimenti delle Aziende sanitarie regionali, attraverso il quale sono state acquistate attrezzature per oltre €. 330.000.

Per quanto concerne la chirurgia endoscopica sono state aggiudicate sia la gara delle colonne endoscopiche sia la gara per il noleggio delle attrezzature di tutte le endoscopiche digestive; sono state altresì sostituite ottiche rigide per tutte le chirurgie per un valore superiore a €. 677.000 .

Si riportano di seguito alcune delle principali tecnologie acquisite

- Acceleratore Lineare Rimini
- Angiografo Blocco operatorio Cesena
- TAC Mobile Neurochirurgia Cesena
- ANGIOTAC per tutti gli AT
- Mammografi per prevenzione Oncologica Forlì
- Aggiornamento Pacs Forlì
- Aggiornamento TRM Ravenna
- Ecotomografi per tutti gli ambiti
- Acquisizioni di numerosi frigoriferi biologici e congelatori per il rinnovamento della linea freddo
- Attrezzature dedicate per il centro laboratori di Pievesestina, spettrometro di massa, analizzatori, ecc...

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

7. Conclusioni

Nei vari capitoli del presente documento abbiamo reso conto delle azioni e degli interventi realizzati per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 977/2019) e più in generale degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda. Gli stessi indicatori individuati dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna - quali elementi su cui valutare in maniera omogenea le performance conseguite dalle Aziende del territorio regionale - mostrano una situazione che può definirsi positiva per l'Azienda USL della Romagna per la maggior parte dei settori cui si riferiscono.

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

Sul versante del consumo di risorse l'analisi aziendale evidenzia situazioni di maggiore impatto: se l'aumento della spesa farmaceutica convenzionata si è consolidato su valori in linea con il target atteso, viceversa la spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci per l'anno 2019 registra un incremento più che doppio rispetto all'obiettivo.

Il consolidamento delle buone performance raggiunte, la continua ricerca dell'appropriatezza organizzativa e clinica e dell'equità nell'accesso ai servizi, oltre al superamento delle criticità che ancora permangono, saranno al centro della programmazione per l'anno 2020. In particolare, il potenziamento dell'attività chirurgica in Day Surgery e dell'assistenza domiciliare, la riduzione dell'ospedalizzazione per patologie croniche e del consumo di antibiotici, l'ulteriore crescita delle coperture vaccinali si confermano come altri elementi di assoluta priorità.

Temi da affrontare anche attraverso il lavoro dei gruppi multiprofessionali e multidisciplinari che coinvolgono sia l'ospedale sia il territorio e che la Direzione Aziendale ha promosso e continua a sostenere per la crescita e la realizzazione di percorsi e di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), volti a rispondere ai bisogni della popolazione assistita in maniera sempre più possibile omogenea e coordinata, riducendo così la variabilità dell'offerta tra territori e garantendo un'appropriata presa in carico.

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

Sul versante dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, proseguirà l'impegno nell'attuazione degli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano

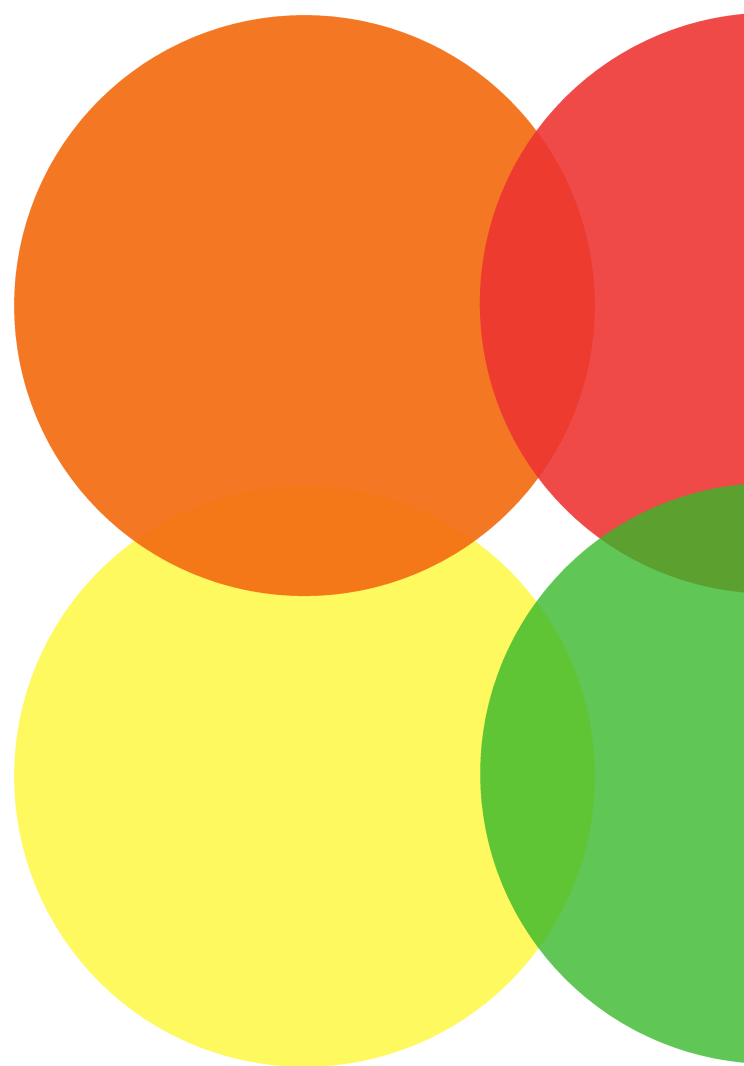
Regionale della Prevenzione assicurando altresì, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo, il consolidamento dei programmi di screening oncologici e l'implementazione e monitoraggio del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.

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

8. Allegati

Alla presente Relazione sulla Performance è allegata la ***“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”*** (che correda la Relazione sulla Gestione a completamento del Bilancio di Esercizio 2019 dell’AUSL della Romagna).

Il documento contiene tutte le informazioni relative alle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 977/2019.



Insieme, *sulle vie della cura*