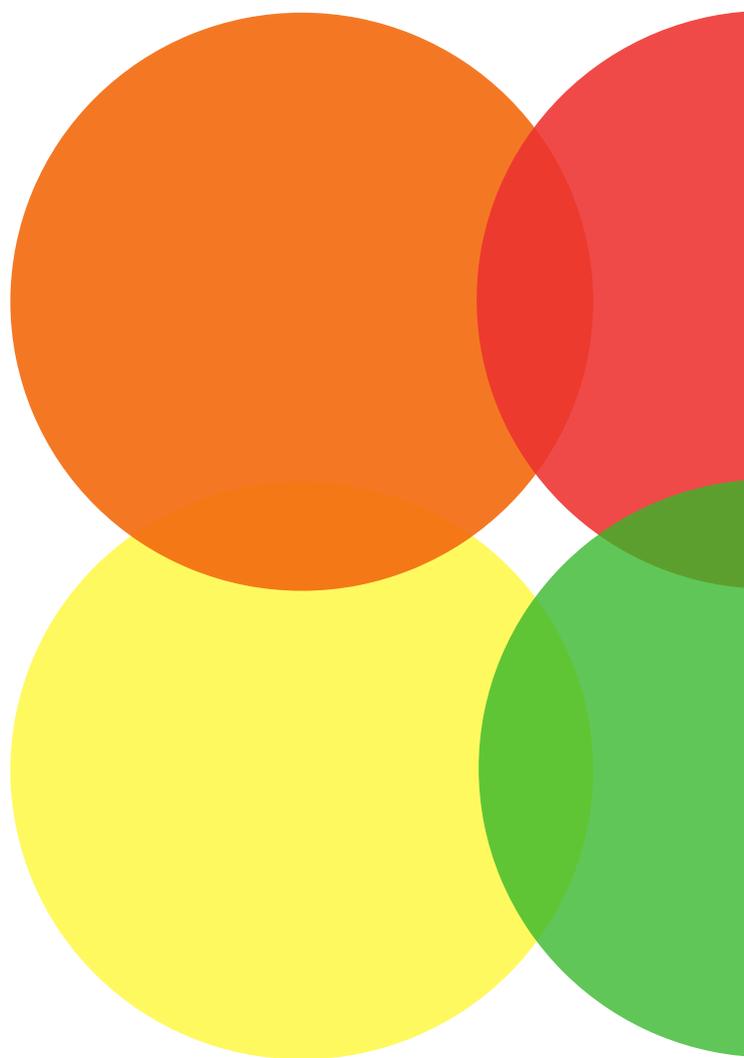


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

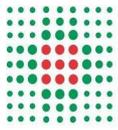
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



Anno 2016





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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

anno 2016

Delibera n. 288 del 29.06.2017

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. EXECUTIVE SUMMARY.....	6
3. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'UTENTE.....	11
3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO	11
3.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE.....	16
3.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI	19
4. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	24
4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	24
4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	32
4.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	34
4.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	38
5. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO	41
5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	41
5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA.....	42
6. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	44
6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA	44
6.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI	47
7. CONCLUSIONI.....	49
8. ALLEGATI	50

1. Premessa

Il presente documento è redatto in conformità a quanto previsto dalla Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e si colloca nell'ambito del più complessivo sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende.

Il D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni 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. Questo, 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.

La Regione Emilia Romagna ha avviato il percorso di compiuto 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 del sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso il sistema degli stakeholders, da attuare secondo modalità innovative e specifiche; i dettagli operativi sono stati specificati da linee di indirizzo dell'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) con delibere n. 1/2014, n. 2/2015 e n. 3/2016.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa, in estrema sintesi, nelle seguenti fasi:

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

Si identificano due ambiti di azioni distinti ma operativamente integrati:

- la performance complessiva aziendale che si sviluppa attraverso una programmazione triennale (Piano della Performance) ed una rendicontazione annuale (Relazione sulla

Performance) secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio;

- la performance organizzativa ed individuale interna che si traduce in una serie di strumenti quali: il budget annuale, il sistema di reporting e di valutazione interno aziendale e il sistema premiante. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale e interna ed è tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuale regionali.

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

Il presente documento “Relazione sulla Performance 2016” evidenzia, sulla base delle indicazioni fornite, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, di cui al Piano della Performance per il periodo 2016-2018. Completa la rendicontazione dei risultati di gestione conseguiti nell’anno 2016, la “Relazione sulla gestione del Direttore Generale” (Allegato D alla Deliberazione n. 181 del 28/04/2017) dove trovano esplicitazione, fra gli altri contenuti, le azioni realizzate e i risultati raggiunti con riferimento agli obiettivi assegnati a questa Azienda dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1003/16) e più in generale con riferimento agli obiettivi di salute in capo a questa Azienda.

Le strategie individuate nel documento di programmazione triennale, tengono necessariamente conto delle esigenze interne e peculiari dell’Azienda della Romagna, e, nel contempo, delle indicazioni normative e programmatiche locali e regionali.

La genesi dell’Ausl della Romagna, nata dalla fusione di quattro preesistenti Aziende, e il particolare contesto organizzativo che ci caratterizza impone, più che in altre realtà, massima attenzione alle politiche gestionali finalizzate a favorire i processi di integrazione ed evitare ogni forma di divisione tra le realtà operative omogenee che operano nelle diverse aree del territorio di riferimento.

Con i documenti dell’Atto Aziendale e dell’Assetto Organizzativo è stata tracciata una rotta che ha due punti di riferimento essenziali. Il primo è l’affermazione del principio delle reti cooperanti, ovvero che il servizio sanitario è un sistema intensamente interconnesso non solo sul piano operativo (di per sé inevitabile) ma anche sul piano della cultura professionale e dei suoi legami con la società.

Il secondo punto di riferimento essenziale è quello dell’orientamento consapevole degli obiettivi assistenziali verso l’integrazione tra ospedale e territorio. Tra i vincoli di programmazione assume particolare rilievo il contesto economico e la situazione di criticità che si sta delineando pone una

grande sfida: garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

2. Executive summary

Nel descrivere i risultati più significati e le attività più importanti che hanno caratterizzato l'anno 2016, non si può non tener conto della peculiarità che ci caratterizza come Azienda della Romagna, nata dalla fusione di precedenti quattro aziende. Per il mandato ricevuto e per le esigenze di riunificazione e di concentrazione, anche il 2016 ha visto il consolidamento di importanti passi avanti nel percorso di consolidamento strutturale e organizzativo di questa Azienda.

Coerentemente con gli obiettivi di mandato di cui alla D.G.R. n. 167 del 23 febbraio 2015, è stato avviato un importante processo di riorganizzazione che ha riguardato sia le funzioni afferenti all'area tecnico-amministrativa e agli uffici di staff della Direzione Strategica Aziendale, sia i servizi sanitari.

Le funzioni afferenti all'area tecnico-amministrativa e agli uffici di staff della Direzione Strategica Aziendale sono state ridefinite e ricondotte a nuove posizioni di responsabilità corrispondenti ad altrettante strutture complesse.

Con riferimento ai servizi sanitari, nelle more dell'emanazione dei provvedimenti regionali, nella prima fase riorganizzativa, l'assetto distributivo delle Unità Operative sanitarie ospedaliere e territoriali, in ragione dell'imprescindibile coerenza con la riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, è stato mantenuto inalterato; il nuovo assetto dipartimentale ha visto la costituzione di Dipartimenti Orizzontali, vale a dire trasversali fra più ambiti territoriali (Emergenza, Cardiovascolare, Diagnostica per Immagini, Anatomia Patologica Medicina Trasfusionale e Laboratorio, Osteoarticolare, Testa-collo, Malattie dell'Apparato Respiratorio e del Torace, Oncoematologico, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Sanità Pubblica), di Dipartimenti Verticali e di Dipartimenti Trasmurali (Salute Donna Infanzia e Adolescenza, Cure Primarie e Medicina di Comunità)¹.

Nell'anno 2016 sono proseguite le azioni relative alla realizzazione del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015; la discussione e il confronto con gli interlocutori politici, istituzionali, sindacali, ecc..., ha portato all'approvazione da parte della CTSS in data 9 gennaio 2017, del documento "*Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera*" ponendo le basi per un'ulteriore fase di consolidamento strutturale ed organizzativo.

Coerentemente con le indicazioni di cui alla DGR 2040/2015, il documento affronta i seguenti "obiettivi prioritari":

- ricondurre la dotazione dei posti letto pubblici e privati all'obiettivo indicato dal DM/2015;

¹ Per approfondimenti si rimanda al modello organizzativo descritto nel documento "Assetto Organizzativo AUSL della Romagna" allegato alla Deliberazione n. 524/2015, disponibile alla seguente pagina internet: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/item/44-assetto-organizzativo-del-dg-524-2015>

- completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle unità operative complesse (UOC);
- attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi ed esiti per le principali patologie.

La riduzione dei Posti Letto (PL) in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale al 3,7 per 1.000 abitanti ma nel contempo, viste le criticità derivanti dalla variabilità di popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, ci si è attestati ad un valore di 3,79. Tale valore rappresenta il picco massimo della disponibilità di posti letto necessaria a far fronte alle oscillazioni di aumento della domanda. Le riflessioni rispetto alla distribuzione dei PL nelle singole strutture ospedaliere ha mostrato forti discrepanze tra UU.OO. omogenee e ha fatto rilevare la necessità, non solo di applicare i criteri Balduzzi finalizzati ad una mera riduzione di PL, ma anche di riorientare la dotazione in base alle criticità mostrate da parte delle Specialità internistiche - spesso in difficoltà ad accettare ricoveri dal Pronto Soccorso - e per adeguare le dotazioni di PL al nuovo assetto clinico-organizzativo dell'Ausl della Romagna che ha tracciato una programmazione sanitaria valorizzando e potenziando alcune aree specialistiche.

Pianificare le strategie per il futuro e ridisegnare l'assetto organizzativo di una Azienda nata dalla fusione di quattro precedenti aziende non è significato però stare fermi sul versante delle politiche assistenziali. Le direttrici sulle quali abbiamo lavorato nel 2016 sono state:

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

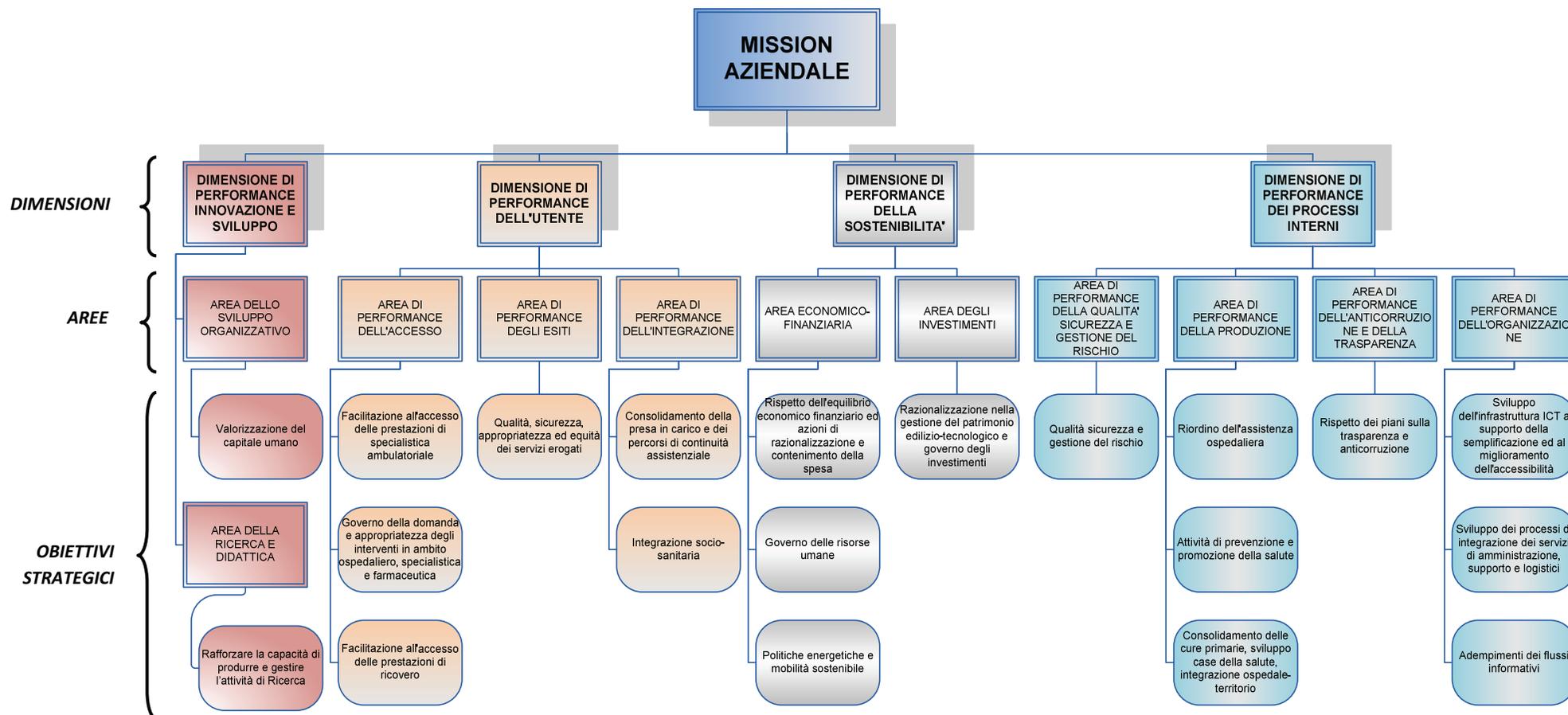
Tra i più importanti risultati va segnalato il rispetto dell'obiettivo economico: il bilancio 2016 chiude con un utile di esercizio pari ad € 29.556,73 nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. E' stato, inoltre, predisposto e portato avanti un piano investimenti che vede importanti interventi di ristrutturazione edilizia e di rinnovamento della dotazione di tecnologie biomediche.

La stabilizzazione delle dotazioni organiche - con l'obiettivo di mantenere più possibile in equilibrio l'assetto logistico operativo del personale - ha poi rappresentato, per questa Direzione, una priorità di intervento. In linea generale, il piano assunzioni 2016 si è sviluppato in continuità con gli indirizzi dell'anno precedente; in particolare, per quanto concerne il percorso di superamento del lavoro atipico, le assunzioni legate al potenziamento dei servizi per far fronte all'afflusso turistico e alla garanzia dei livelli assistenziali durante il periodo estivo. La necessità di garantire la turnistica a seguito dell'entrata in vigore della Legge 161/2014 ha reso necessario prevedere assunzioni aggiuntive. E' proseguito il percorso di progressivo superamento delle forme contrattuali c.d. atipiche ed in particolare:

- è proseguito il consolidamento del personale del comparto, con l'assunzione a tempo indeterminato n. 35 figure a fronte della cessazione di un corrispondente numero di rapporti di lavoro a tempo determinato;
- è proseguito il consolidamento del personale della dirigenza sanitaria, assumendo a tempo indeterminato n. 50 figure a fronte della cessazione di un corrispondente numero di rapporti di lavoro a tempo determinato. Per la dirigenza il processo di consolidamento proseguirà nel 2017;
- sono stati attivati n. 91 rapporti di lavoro a tempo indeterminato per figure del ruolo amministrativo.

I successivi capitoli sono strutturati in modo tale da rendicontare le azioni sviluppate e i risultati conseguiti nel 2016, 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 regionali². Si evidenzia che per non appesantire il documento e per non generare ridondanze - laddove possibile – si rimanderà per approfondimenti all'allegata "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale" (già trasmessa alla Regione ad aprile 2017 acclusa al Bilancio d'Esercizio 2016).

² Rilevazione effettuata in data 21.06.2017 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna. La valutazione della performance delle Aziende, oltre al valore numerico, viene rappresentata per un'immediata comprensione attraverso il seguente codice colore:

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

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

3. Dimensione delle performance dell'utente

3.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2016 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

Nell'anno 2016, l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo regionale di erogare almeno il 90% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate entro i tempi di attesa predefiniti nella maggior parte delle rilevazioni settimanali effettuate³.

Il risultato è stato raggiunto tramite una programmazione integrata, orientata al miglioramento della capacità produttiva sia in ambito pubblico (attraverso l'attività Simil Alpi in orario infrasettimanale e/o nei fine settimana e il mantenimento - per quanto possibile - di incarichi ad hoc) sia nell'ambito del privato accreditato (tramite committenza dedicata a percorsi di garanzia e/o ad attività integrativa rispetto ai volumi di attività consolidati).

Relativamente alle prestazioni urgenti differibili si evidenzia che nel 2016 è iniziata un'azione di revisione/omogeneizzazione delle linee guida prescrittive al fine di favorire un ulteriore miglioramento delle performance.

Sul versante più generale della appropriatezza, anche in ragione del fatto che l'Azienda USL della Romagna è oggetto di un processo di accorpamento di 4 ex aziende, si è costituito un gruppo di lavoro aziendale denominato "*Appropriatezza prescrittiva*", coordinato dal direttore del *Programma Cure Primarie*, che ha affrontato il tema della definizione di indicazioni cliniche condivise tra le diverse categorie di prescrittori.

Il processo si è articolato in due fasi: la prima tra i soli specialisti finalizzata a pervenire a linee guida condivise (unificando i diversi protocolli esistenti nei diversi ambiti di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna); la seconda di condivisione con i MMG, finalizzata alla formulazione definitiva delle Linee Guida, da diffondere a tutti i prescrittori e da inserire poi negli applicativi di prescrizione. Il Dipartimento Emergenza-Urgenza ha partecipato sistematicamente a tutte le riunioni, per affrontare gli aspetti legati al coinvolgimento del Pronto Soccorso e per iniziare a definire i percorsi di presa in carico del paziente con richiesta di visita urgente (altro filone di lavoro che verrà sviluppato nel 2017).

³ 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.

L'azienda, inoltre, ha partecipato attivamente alla campagna di comunicazione pubblica avviata dalla Regione per pubblicizzare l'entrata in vigore della legge e delle regole di disdetta delle prestazioni prenotate, al fine di informare al meglio i cittadini delle opzioni disponibili per non incorrere nella sanzione; da una prima analisi dei dati rilevati si è assistito ad un aumento delle disdette delle prenotazioni nel 2016 rispetto al 2015, pur evidenziando che le circolari applicative sono entrate in vigore progressivamente nel corso dell'anno.

Al 31/12/2016 sono state formulate le Linee Guida condivise per la visita prioritaria nelle discipline di: cardiologia (visite prioritarie e urgenti), dermatologia, endocrinologia, oculistica, fisioterapia (ambulatoriale e domiciliare). E' inoltre conclusa la fase di confronto tra i professionisti ospedalieri (prima fase) per altre 4 discipline: gastroenterologia, neurologia, ORL, ortopedia.

Nel 2016 il gruppo appropriatezza ha inoltre portato a termine la revisione delle modalità di prescrizione e prenotazione di RMN e TAC con e senza mezzo di contrasto, azione finalizzata a omogeneizzare le modalità esistenti nei diversi ambiti e a migliorare l'appropriatezza della presa in carico con particolare riferimento alla prevenzione dei possibili danni renali da MdC. Anche in questo caso la nuova modulistica è stata integrata nelle cartelle prescrittive in uso ai MMG di Rimini e Ravenna.

Per maggiori dettagli si rimanda al paragrafo 2.1 della Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale nell'allegato "Relazione sulla Gestione del Direttore Generale".

Facilitazione all'accesso delle prestazioni di ricovero

OBIETTIVO DI MANDATO 1.3 DGR 167/2015

Nel corso del 2016 si è portato a regime il sistema di rilevazione delle liste di attesa informatizzato con un sistema di "alert" nei casi di non rispetto dei tempi presso gli ambiti di territoriali di Forlì, Cesena, Rimini. Risulta ancora da completare il percorso a Ravenna, dove è stata presa la decisione di sostituire il sistema "Galileo" con quello "Log 80" per uniformare le procedure di gestione e monitoraggio in tutto il territorio aziendale e superare le criticità sotto osservazione.

Il relativo lavoro volto al contenimento dei tempi di attesa per interventi chirurgici ha consentito il raggiungimento dei seguenti risultati:

- per i tumori selezionati: obiettivo 90% degli interventi entro 30gg

Per i tumori selezionati, l'AUSL della Romagna raggiunge l'obiettivo del 90% entro i 30 gg per il colon-retto ed il polmone. Per la prostata, pur non raggiungendo l'obiettivo, si sottolinea che il valore raggiunto del 74% entro lo standard risulta essere superiore alla media regionale (38,9%). Per l'utero e la mammella i valori si allineano alla media regionale.

- Per le protesi d'anca: obiettivo 90% degli interventi entro 180gg

Per la protesi d'anca, l'obiettivo viene sostanzialmente raggiunto con il contributo del privato; infatti il dato aziendale corrisponde all'86,6% contro la media regionale dell'80,5%.

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

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

OBIETTIVO DI MANDATO 1.6 DGR 167/2015

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

Cure Palliative

Nel corso del 2016 è stato istituito un tavolo di lavoro multidisciplinare con la collaborazione di tutti gli ambiti aziendali, i cui lavori sono tutt'ora in corso e che ad oggi ha raggiunto i seguenti obiettivi:

- Identificazione di una Rete Unica Aziendale di Cure Palliative, con un unico coordinatore e 4 ambiti assistenziali (Rimini, Savignano, Ravenna e Forlì);
- Identificazione di un sotto-gruppo di lavoro infermieristico;
- Elaborazione di un documento volto da un lato ad inquadrare l'esistente e dall'altro a pianificare una serie di azioni volte alla omogeneizzazione dei servizi sull'intero territorio aziendale (documento in fase di avanzata discussione);
- Identificazione delle priorità di intervento alla luce della necessità di adeguamento ai criteri di accreditamento delle Reti di Cure Palliative;
- Pianificazione ed inizio dei lavori relativi alla necessità a costituire la Rete Specialistica delle Cure Palliative Domiciliari, condizione necessaria all'accREDITAMENTO della Rete, come da indicazione regionale.

Salute Mentale Adulti

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

Nel corso del 2016, il tempo medio di attesa tra prenotazione e prima visita specialistica è leggermente aumentato rispetto al 2015, attestandosi a 12,1 giorni contro gli 11,6 dell'anno precedente, comunque sempre rispettando i margini massimi di 15 giorni previsti dall'accREDITAMENTO.

PRIA

Gli obiettivi individuati per i Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico prevedevano:

- la facilitazione dell'accesso ai fini di una diagnosi precoce e di un avvio tempestivo del trattamento per bambini della fascia 0-3 anni: in tutti gli ambiti territoriali sono attivi i protocolli che prevedono la somministrazione della CHAT (strumento di screening per l'individuazione di fattori di rischio per un disturbo di tipo autistico) durante il Bilancio di Salute effettuato fra il 20° e 24° mese. A seguito di tale valutazione, nel corso del 2016 tutti i bambini con CHAT positiva o dubbia sono stati inviati entro 30 giorni ai

servizi specifici per i Disturbi dello Spettro Autistico. Unica anomalia da correggere riguarda l'ambito di Rimini nel quale si è realizzato l'invio dei bambini ma senza il contestuale invio anche delle risultanze della CHAT.

- la pianificazione delle modalità di passaggio ai servizi per l'età adulta per garantire la continuità delle cure: le rivalutazioni vengono effettuate per tutti i casi di passaggio all'età adulta, tuttavia l'obiettivo regionale non è raggiunto, in quanto le procedure locali prevedono tempistiche diverse dai 16 anni per le rivalutazioni propedeutiche al passaggio all'età adulta.

Percorsi sull'Emergenza/Urgenza

L'attività svolta nel 2016 è stata prevalentemente orientata a uniformare la gestione dei pazienti all'interno di tutti i Pronto Soccorso dell'Azienda ed a normalizzarne e regolarne l'afflusso.

A tal proposito, sono stati predisposti e revisionati numerosi documenti per migliorare l'attività di "triage", garantire la funzione di "Bed Management" nei presidi con maggior afflusso ed a ridurre i tempi di attesa in PS col progetto "Fast Track" (nel 2016 si segnala la partenza del "Fast Track" pediatrico presso il P.O. di Forlì). Inoltre, il 2016 ha visto l'attivazione di importanti gruppi di Lavoro dipartimentali riguardo le modalità di accesso a PS, Medicina d'Urgenza, OBI ed Emergenza Territoriale.

Nel primo trimestre 2016 si è poi attuata la revisione dei percorsi - e definita una nuova procedura aziendale - per la gestione degli accessi/ricoveri in emergenza/urgenza psichiatrica in età adolescenziale in integrazione tra PS e Dipartimento trasversale di Salute Mentale/Rete delle Neuropsichiatrie Infantili.

Per concludere, è stato presentato il progetto di revisione degli assetti organizzativi e funzionali dei Punti di Primo Intervento (PPI) con inizio della fase sperimentale da maggio 2016.

L'analisi dell'indicatore relativo ai tassi grezzi di accesso in PS evidenzia un dato in lieve calo nell'ultimo triennio, seppur continui a rimanere al di sopra del dato regionale. Tuttavia, l'analisi per gravità dell'utente evidenzia che in Romagna sono maggiori - rispetto alla Regione - gli accessi di paziente acuto e paziente critico e minori gli accessi di paziente non urgente e paziente con urgenza differibile, come si può rilevare dalla sottostante tabella:

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

Anni 2016 vs 2015 vs 2014

AUSL di residenza		PAZIENTE NON URGENTE	URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
AUSL ROMAGNA	Anno 2014	70,4	225,7	81,1	7,1	6,9	391,2
	Anno 2015	64	226,5	80,5	7,4	7,1	385,5
	Anno 2016	66,1	230,4	76,8	6,9	6,4	386,6
REGIONE	Anno 2014	66,2	234,5	68,3	5,8	8,5	383,2
	Anno 2015	66,2	233	68,9	5,9	7,1	381,1
	Anno 2016	67,9	237,2	69,4	5,7	4	384,3

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

3.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'accesso

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2016, pertanto - per il proseguo del lavoro nel triennio di validità dell'attuale Piano della Performance - le azioni che verranno messe in atto avranno l'obiettivo minimo di confermare i risultati raggiunti.

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

- **IND0244 - % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni**
la cui performance è scesa dal 62,6% del 2015 al 55,3% del 2016. Valore regionale pari a 64,4%.

- **IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora**
in cui si è passati dal 64,2% del 2015 al 63,2% del 2016, comunque migliore rispetto alla performance regionale che si è attestata al 62,2%.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0212 - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	138,15	134,93	137,94	 OTTIMO	Mantenimento
IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	93,53	95,29	97,31	 OTTIMO	Mantenimento >= 90%
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	94,4	97,25	98,29	 OTTIMO	Mantenimento >= 90%
IND0244 - % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	62,61	55,29	64,43	 OTTIMO	Mantenimento >= 60%
IND0228 - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	11,06	12,12	11,82	 BUONO	Mantenimento <= 11gg
IND0106 - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	15	16	 BUONO	Mantenimento <= 15
IND0105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	55,59	56,04	67,1	 OSSERVAZIONE	Miglioramento progressivo
IND0107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	64,24	63,21	62,19	 OSSERVAZIONE	Miglioramento progressivo
IND0410 - Tasso std di accessi in PS	381	382,1	380,33	 OSSERVAZIONE	Trend in riduzione nel triennio

Il periodo di rilevazione degli **IND0319** e **IND0320** per l'anno 2015 si riferisce al solo 4° trimestre

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 2016 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

OBIETTIVO DI MANDATO 1.4 DGR 167/2015

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

Percorso nascita

Nel corso del 2016 è stato adottato il protocollo per l'assistenza appropriata alla nascita. Tale protocollo, realizzato dai professionisti del "Percorso Nascita Aziendale", ha definito l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza.

Nei consultori dell'azienda viene garantita l'assistenza alla gravidanza e viene promossa l'assistenza ostetrica alla fisiologica, a tal fine tutte le ostetriche hanno partecipato ai corsi di formazione regionale. Sono stati sensibilizzati i MMG per promuovere l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita in particolare per nullipare e fasce deboli della popolazione.

Tutte le informazioni relative alla gravidanza e al parto vengono regolarmente riportate nel CEDAP.

Gli indicatori in monitoraggio evidenziano:

- **numero gravide assistite dai consultori familiari/totale dei parti: obiettivo $\geq 46\%$**

L'obiettivo previsto è stato raggiunto in tutti gli ambiti territoriali, seppur con valori eterogenei: 96,6% Cesena; 70% Forlì; 78,4% Rimini; 60% Ravenna.

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

L'obiettivo è stato raggiunto in ogni sede Hub: Cesena 16,5%, Rimini 12% e Ravenna 18,4%.

Ed è stato raggiunto anche per le sedi Spoke con l'unica eccezione del punto di Faenza (che supera lo standard comunque solo di mezzo punto percentuale): Forlì 13,8% , Lugo 13,4% e Faenza 15,5%.

Per approfondimenti sugli indicatori si rimanda al paragrafo 2.3.3 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Cure Palliative

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

Gli indicatori individuati evidenziano un sostanziale raggiungimento degli obiettivi previsti:

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

Nel 2016 è stato raggiunto l'obiettivo di avere il 65% di pazienti deceduti per tumore seguiti in assistenza della Rete delle Cure Palliative.

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

I ricoveri in Hospice con durata oltre i 30 giorni sono stati il 16,9% nel 2016 rispetto al 15,8% del 2015.

Potenziamento Assistenza Domiciliare e potenziamento PDTA

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

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

Per approfondimenti sugli indicatori si rimanda al paragrafo 4.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Contrasto alla violenza

L'Ausl della Romagna ha contribuito fattivamente all'applicazione delle "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso"; all'interno delle Linee di indirizzo sono contenute le raccomandazioni che esplicitano le diverse fasi dell'intervento e le azioni da intraprendere. Su queste raccomandazioni il gruppo di lavoro aziendale ha svolto un'analisi nei diversi ambiti locali ed è stata prodotta una relazione sullo stato dell'arte rispetto ai percorsi di accoglienza e cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso in Romagna. L'obiettivo del lavoro è stato quello di mettere in evidenza i punti critici per quanto riguarda l'ambito sanitario aziendale e di individuare azioni di miglioramento atte a rendere l'organizzazione sanitaria omogenea ed efficiente. In ogni ambito sono stati fatti eventi formativi dedicati.

Infine, l'Azienda ha costantemente lavorato per dare piena attuazione alla DGR 1102/2014 "Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" in stretto raccordo con gli enti locali.

Emergenza-urgenza psichiatrica

Nel primo trimestre 2016 si è attuata la revisione dei percorsi - e definita una nuova procedura aziendale - per la gestione degli accessi/ricoveri in emergenza/urgenza psichiatrica in età adolescenziale in integrazione tra PS e Dipartimento trasversale di Salute Mentale/Rete delle Neuropsichiatrie Infantili.

Integrazione socio-sanitaria

OBIETTIVO DI MANDATO 1.8 DGR 167/2015

Anche per l'anno 2016 è stato assicurato il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale attraverso tavoli di lavoro e di confronto finalizzati alla costruzione di processi omogenei negli 8 ambiti distrettuali sia nel rapporto con gli uffici di piano sia nel lavoro con i dipartimenti maggiormente coinvolti sul livello aziendale. Questo lavoro

costantemente coordinato dalla direzione delle attività socio sanitarie ha visto il coinvolgimento fattivo degli enti locali e delle direzioni dei distretti aziendali e ha permesso un nuovo modo di impostare i percorsi di programmazione e di controllo del sistema socio sanitario. Nell'anno 2016 si è concluso il percorso di redazione dello schema di contratto unico dei servizi socio sanitari accreditati a livello aziendale sia per quanto riguarda gli anziani sia per i disabili. Sono state inoltre impostate nuove procedure amministrative e di controllo sempre di livello aziendale. Nel corso del 2016 su tutti i distretti è stato garantito il tempestivo monitoraggio delle attività afferenti alla non autosufficienza (FRNA) nel rispetto dei ruoli (Ausl ed Enti Locali) così come previsto nella normativa regionale di riferimento.. In tutti i distretti è attiva una riflessione finalizzata a dare compimento ai programmi destinati a persone con gravissime disabilità acquisite rispettando sostanzialmente quanto richiesto dalla DGR Regionale. Per l'anno 2016 l'Azienda UsI della Romagna ha speso tutto il finanziamento ricevuto e ha utilizzato fondi residui per circa 1.800.000 euro. Le voci di costo che hanno subito un incremento più rilevante sono stati le voci relative rette e oneri a rilievo sanitario su strutture residenziali e rette per assistenza ai disabili in strutture socio riabilitative. Nei diversi distretti è comunque in corso una attenta programmazione della spesa rispetto alle singole voci di attività.

3.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'integrazione

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

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

la cui performance oltre ad essere decisamente al di sotto della media regionale (155,7 vs 180,8) si presenta anche in peggioramento rispetto al 2015.

Un ulteriore processo da monitorare in quanto, nonostante il netto miglioramento rispetto al 2015, non rientra ancora nella fascia verde di performance riguarda:

- IND0206 - 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

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
ND0205 - Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	157,87	96,49	127,96	 OTTIMO	Trend in riduzione nel triennio
IND0206 - 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	467,36	422,48	381,9	 MEDIO	Trend in riduzione nel triennio

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0207 - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,36	3,39	4,4	 OTTIMO	Mantenimento
IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	26,51	22,45	26,23	 OTTIMO	Mantenimento
IND0240 - Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	64,27	65	63,29	 BUONO	Miglioramento
IND0246 - % di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	15,83	16,94	18,61	 BUONO	Mantenimento
IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	158,82	155,73	190,76	 SCARSO	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

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

Nella sottostante tabella degli indicatori regionali si può rilevare l'andamento 2016 vs 2015 dei principali indicatori monitorati, con evidenza di quelli cui si è realizzato un miglioramento della performance e di quelli cui risulta necessario intervenire ulteriormente.

Poiché il servizio regionale per questi indicatori non ha ancora definito i parametri di performance cui tendere, il primo aspetto che viene preso in considerazione per attivare gli strumenti di analisi disponibili è il calo di risultato che nel 2016 ha riguardato principalmente i seguenti indicatori:

- **IND0275 - Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico e**
- **IND0276 - Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola**
entrambi gli indicatori presentano un valore aziendale più alto rispetto a quello del 2015. In entrambi i casi le attività sono svolte in committenza presso il privato (Villa Maria Cecilia Hospital). Nel Piano di committenza 2017 è stato previsto un punto relativo al miglioramento.
- **IND0398 - % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella**

L'indicatore evidenzia un valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ma in peggioramento rispetto allo scorso anno. E' previsto per il 2017 un audit sulla qualità dei dati, come individuato da PNE.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0271 - % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	79,3	82,72	78,81	 NON AGGIUSTATO	>= 80%
IND0275 - Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	1,98	2,29	1,71	 NON AGGIUSTATO	Oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0276 - Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoplastica o sostituzione di valvola	2,34	2,94	2,73	 NON AGGIUSTATO	
IND0389 - Mortalità a 30 giorni per IMA	8,98	8,5	8,72	 NON AGGIUSTATO	
IND0390 - % di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	46,24	50,67	44,39	 NON AGGIUSTATO	
IND0391 - Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	11,76	11,21	11,49	 NON AGGIUSTATO	
IND0392 - Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1,07	0,59	1,61	 NON AGGIUSTATO	
IND0393 - Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	13,39	11,58	10,45	 NON AGGIUSTATO	
IND0394 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	0,65	0,81	1,8	 NON AGGIUSTATO	
IND0395 - Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,72	7,74	8,69	 NON AGGIUSTATO	
IND0398 - % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	5,73	6,35	6,63	 NON AGGIUSTATO	

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0399 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0,74	0,44	0,9	 NON AGGIUSTATO	Oggetto di audit clinico con eventuale individuazione delle azioni di miglioramento in base alle risultanze
IND0400 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	3,49	2,85	4,33	 NON AGGIUSTATO	
IND0401 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	3,53	3,55	3,96	 NON AGGIUSTATO	
IND0402 - % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,65	0,69	0,86	 NON AGGIUSTATO	
IND0403 - % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,12	0,98	0,82	 NON AGGIUSTATO	
IND0441 - % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	75,6	75,07	70,12	 NON AGGIUSTATO	Mantenimento >=75%
IND0494 - Proporzioni di parti con taglio cesareo primario	17,64	16,93	18,49	 NON AGGIUSTATO	Riduzione attesa a fronte superamento criticità ambito di Ravenna
IND0396 - % interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	71,03	72,16	73,84	 OSSERVAZIONE	Trend in incremento a seguito riorganizzazione ospedaliera
IND0397 - % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	89,58	72,73	78,56	 OSSERVAZIONE	Trend in incremento a seguito riorganizzazione ospedaliera
IND0404 - Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2	3	 OSSERVAZIONE	Mantenimento valori attuali

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito (**IND0275, IND0276, IND0392, IND0394, IND0399, IND0400, IND0401, IND0402, IND0403**) è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica.

Rispetto ai restanti indicatori, che presentano un trend in generale miglioramento fra 2015 e 2016, le risultanze rilevate dall'UO Qualità e Governo Clinico sono le seguenti:

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

miglioramento dell'obiettivo sia rispetto al valore regionale che a quello aziendale del 2015, condotto audit clinico con miglioramento della codifica e della selezione dei casi. Previsto per il 2017 audit clinico e sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

- Mortalità a 30 giorni per IMA

valore aziendale inferiore a quello regionale e in miglioramento rispetto a quello del 2015. Audit sulla qualità dei dati come indicato da PNE sono stati effettuati a Lugo nel 2016 e programmati a Cesena e Riccione per il 2017.

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

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

- Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

valore aziendale inferiore a quello regionale e in miglioramento rispetto a quello del 2015. Condotto nel 2016 audit prospettico, in corso azioni di miglioramento.

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

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ed in miglioramento rispetto al 2015.

- Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico

valore aziendale più alto rispetto a quello regionale ma in miglioramento rispetto al 2015. Condotto nel 2016 audit prospettico a livello aziendale con azioni di miglioramento individuate e promosso reaudit. Previsto per il 2017 audit sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

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

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ma in peggioramento rispetto allo scorso anno. Previsto per il 2017 audit sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

- Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

valore aziendale migliore di quello regionale e in miglioramento rispetto al 2015. Previsto per il 2017 audit sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

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

valore aziendale migliore di quello regionale e in miglioramento rispetto al 2015. Previsti per il 2017 audit clinici e sulla qualità dei dati come individuato da PNE.

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

valore aziendale migliore di quello regionale e in miglioramento rispetto al 2015.

- % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali e % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei

in corso un progetto di miglioramento sull'intero Percorso Nascita.

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

il valore aziendale è migliore rispetto a quello regionale ma in peggioramento rispetto allo scorso anno sebbene sia mantenuto il valore soglia > 75%

- Proporzioni di parti con taglio cesareo primario

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale ed in miglioramento rispetto allo scorso anno. In corso un progetto di miglioramento sull'intero Percorso Nascita.

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

valore aziendale inferiore alla media regionale ma in incremento rispetto al 2015. Per la quota di attività svolta dal privato accreditato, nel Piano di committenza 2017 è stato previsto un punto relativo al miglioramento.

- % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiori ai 150 casi annui

valore in diminuzione rispetto a quello regionale, risente della ridefinizione dell'indicatore e della riorganizzazione ospedaliera.

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

valore aziendale migliore rispetto a quello regionale e stabile rispetto al 2015.

4. Dimensione delle performance dei processi interni

4.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

4.1.1. Produzione Ospedale

Riordino dell'assistenza ospedaliera

OBIETTIVO DI MANDATO 1.1 DGR 167/2015

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

Riordino della rete ospedaliera secondo indicazioni DGR 2040/2015

Nel corso del 2016 si è realizzato un importante lavoro di confronto e di condivisione che ha portato all'approvazione, da parte della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria del documento "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera" che segna un importante passo avanti nel percorso di consolidamento strutturale ed organizzativo di questa Azienda e un primo importante step a compimento del percorso di riduzione/riconversione volto al raggiungimento della dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati, come indicato nella DGR 2040/2015. Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 3.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Nel corso del 2016, l'Azienda si è anche impegnata a portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 in particolare per il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per tumore della mammella inferiore ai 150 casi, per colecistectomia inferiore ai 100 casi, per frattura di femore inferiore ai 75 casi, tenendo conto della accessibilità alle strutture ospedaliere. Di seguito si riportano le performance rilevate nel 2016 rispetto agli indicatori definiti:

- **Tumore della mammella: numero minimo di interventi per Unita Operativa ≥ 150 /anno**

In base alla casistica trattata nell'anno 2016 si rileva che solo gli ospedali di Rimini, Santarcangelo di Romagna e Forlì hanno superato la soglia minima prevista dalla normativa succitata.

- **Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Unita Operativa ≥ 100 /anno**

Tutte le unità operative chirurgiche degli ospedali di Ravenna, Lugo, Faenza, Forlì, Cesena, Rimini e Riccione hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per colecistectomia.

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

Parimenti, tutte le UU.OO. chirurgiche degli Ospedali indicati al punto precedente hanno superato la percentuale prevista dalla norma.

- **Frattura di femore: numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unita Operativa ≥ 75 /anno**

Tutte le unità operative di ortopedia dell'Azienda hanno superato il valore soglia di n° 75 interventi/anno.

- Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore $\geq 70\%$

Tutte le unità operative hanno superato la percentuale suddetta.

Inoltre, rispetto all'obiettivo di contenere i DRG ad alto rischio di inappropriatezza:

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

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a D.R.G. ad alto rischio di inappropriatezza e non, rilevato nel 2016 in Ausl Romagna, corrisponde ad un valore pari a 0,19, pertanto è stato raggiunto l'obiettivo prefissato.

- Pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero

si evidenzia che tutte le unità operative hanno superato la percentuale del 70% come da risultato atteso.

- Colectomia laparoscopica

Tutte le UU.OO. Chirurgiche hanno superato la percentuale prevista dalla norma che prevedeva una degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in almeno il 75% dei casi.

Implementazione e omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke

Per le reti Hub and Spoke (IMA, Traumi e Stroke) si è perseguito l'obiettivo del miglioramento delle centralizzazioni primarie sulle rispettive sedi HUB. Di seguito sono riportate le azioni e i risultati raggiunti:

IMA

L'Azienda USL della Romagna ha consolidato tre sedi HUB per la centralizzazione primaria. L'Ambulanza del servizio di emergenza territoriale 118 di Cesena trasporta i pazienti utilizzando il criterio della vicinanza, sia presso l'HUB di Rimini che l'HUB di Forlì.

Nella sala di emodinamica di Cesena vengono effettuati i trattamenti programmati e nel corso del 2016 le UU.OO. di Cardiologia di Cesena e di Forlì hanno definito le modalità per la costituzione di un pool unico di cardiologi emodinamisti che svolgeranno attività in entrambe le sedi con concentrazione nella sede di Forlì dell'angioplastica primaria e potenziamento dell'attività programmata su Cesena.

E' mantenuta un'attenzione particolare del sistema dell'emergenza territoriale 118, attraverso azioni di miglioramento mirate, per incrementare la numerosità dei pazienti inviati direttamente dal territorio alla sala di emodinamica.

TRAUMI

In presenza di un calo complessivo dei traumi nel 2016 rispetto al 2015, si è realizzato un incremento della centralizzazione sul centro HUB di Cesena del 4,1%.

Il numero totale di traumi maggiori in Romagna è stato:

552 nel 2015 vs 525 nel 2016 (-4,9%)

Il numero totale di pazienti ricoverati in HUB - terapia Intensiva a Cesena è stato:

243 nel 2015 vs 253 nel 2016 (+4,1%).

STROKE

Nel corso del 2016 è stato avviato il trattamento endovascolare dello stroke con un progetto sperimentale di reclutamento dei soli pazienti afferenti al PS di Cesena e trattati dalla Neuroradiologia dell'Ospedale Bufalini (39 pazienti trattati).

Per il governo di questo aspetto è stata avviata la rete clinica per lo stroke ed individuato il responsabile clinico.

Sviluppo della rete oncologica secondo il modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)

Il Programma Interaziendale CCCN è stato presentato alla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria in data 14.12.2015, approvato dal CDA IRST nella seduta del 18.12.2015 e dall' AUSL della Romagna con deliberazione n. 184 del 28.04.2016.

Dalla sua costituzione ad oggi il Programma ha reso operativo il "Board strategico" delle due Direzioni Generali, che ha realizzato i seguenti obiettivi:

- Approvazione nuovi criteri per Accordo di Fornitura IRST-AUSL che prevedono un Accordo economico a corpo con compensazione a vasi comunicanti, inclusione dell'attività di Radioterapia del PO di Ravenna con definizione di un tetto per le prestazioni intermedie, adeguamento alla riconversione Day Hospital/Day Service.
- Approvazione Accordo Quadro Ricerca IRST-AUSL che regola per l'ambito degli studi oncologici:
 - *governo e iter autorizzativo degli studi;*
 - *gestione delle piattaforme clinico assistenziali e di ricerca;*
 - *valorizzazione e partecipazione del personale alle attività di ricerca.*
- A seguire è stato istituito il nuovo Comitato Medico Scientifico per il Governo dell'attività di ricerca e rinnovato per un anno il Comitato Etico di AVR secondo le indicazioni della Regione.
- Infine, si sono avviati i seguenti progetti tuttora in corso:
 - *Adozione di una cartella clinica unica informatizzata. Avviato gruppo di lavoro ad Hoc;*
 - *Accreditamento Jacie per attività di trapianto di CSE. Avviato gruppo di lavoro ad hoc il cui Responsabile è il Dott. Francesco Lanza;*
 - *Nuova Farmacia oncologica per l'allestimento dei farmaci antitumorali per tutta l'AVR presso l'IRST, mantenendo le sedi della Farmacia antitumorale di Ravenna e Rimini per le sole preparazioni non standardizzabili, critiche, onco-ematologiche pediatriche e delle sperimentazioni cliniche;*
 - *Coordinamento scientifico attività Medicina Nucleare, anche al fine di: sviluppare l'attività del reparto di Cesena e migliorare complessivamente la qualità dei servizi favorendo la mobilità tra sedi operative IRST e Azienda USL dei Medici delle due*

Aziende; implementare protocolli di ricerca IRST a Cesena con Lutezio e con Ittrio in neuro-oncologia; sviluppare protocolli sperimentali presso la sede di Cesena in autonomia con Ittrio.

Riorganizzazione della rete dei Punti Nascita

In data 1 agosto 2016 è stato adottato il protocollo per l'assistenza appropriata alla nascita. Tale protocollo, realizzato dai professionisti del "Percorso Nascita Aziendale", ha definito l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza, individuando per i punti nascita spoke, con numero di parti <1000 (Faenza e Lugo), le seguenti modalità organizzative:

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

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

Interoperabilità delle Centrali Operative 118.

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

Il principio di incendio (15 febbraio 2017) che ha coinvolto la Centrale Operativa Romagna con attivazione tempestiva ed efficace del Disaster Recovery, rappresenta evidenza della effettiva messa a regime dell'interoperabilità delle Centrali Operative 118 regionali.

4.1.2. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione Ospedale

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area non evidenziano particolari criticità per l'anno 2016, pertanto - per il proseguo del lavoro nel triennio di validità dell'attuale Piano della Performance - le azioni che verranno messe in atto avranno l'obiettivo minimo di confermare i risultati raggiunti.

L'analisi dettagliata nella sottostante tabella di ogni singolo indicatore, tuttavia, evidenzia situazioni in peggioramento rispetto a quanto prodotto nel 2015, anche se la performance si conferma accettabile rispetto agli standard regionali. Questo si riscontra in particolare per:

- **IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età \geq 65 anni**

la cui performance si presenta in peggioramento rispetto al 2015, sebbene in linea col dato regionale.

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

che rispetto all'obiettivo di aumentare, nel corso del 2016 sono diminuiti in termini di valori assoluti

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,1	3,35	3,34	 MEDIO	< 3
IND0301 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,24	-0,24	-0,4	 MEDIO	Miglioramento
IND0302 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,76	-0,61	-0,63	 BUONO	Mantenimento
IND0303 - Degenza media pre-operatoria	0,57	0,55	0,76	 OTTIMO	Mantenimento <= 0,5
IND0409 - Volume di accessi in PS	494.303	495.993	1.875.560	 OSSERVAZIONE	Trend in riduzione degli accessi con codici colore bianco
IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	84.068	82.842	334.895	 OSSERVAZIONE	Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
IND0412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	72.887	73.657	260.286	 OSSERVAZIONE	Aumento
IND0413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	17.360	16.701	68.343	 OSSERVAZIONE	Attesa riduzione a seguito riorganizzazione ospedaliera e sviluppo assistenza territoriale e setting assistenziali diversi
IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	19.267	18.368	86.987	 OSSERVAZIONE	Aumento

4.1.3. Produzione Territorio

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

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

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

Nel corso del 2016 l'Azienda ha proseguito nel lavoro di completamento delle Case della Salute programmate, realizzate sulla base di un modello organizzativo orientato alla semplificazione dell'accesso ai servizi.

Al 2016 le Case della Salute funzionanti sono 21 e ne restano da completare – come da programmazione - ulteriori 5.

Nelle Case della Salute dell'Azienda USL della Romagna i setting assistenziali vengono definiti per aree target e i percorsi di cura sono orientati a semplificare e migliorare accoglienza, valutazione, orientamento e presa in carico dell'assistito, tramite team multidisciplinari e multiprofessionali che ridefiniscono le relazioni tra i vari attori (MMG, PLS, specialisti, infermieri, ostetriche, operatori delle cure primarie, della prevenzione e della salute mentale, servizio sociale dei Comuni, volontariato).

E' proseguito, inoltre, il lavoro di implementazione e diffusione dei PDTA regionali in tutte le Case della Salute, consolidando il modello dell'ambulatorio infermieristico della cronicità e dell'infermiere case-manager di percorso per le ammissioni e dimissioni protette dall'ospedale (per approfondimenti si rimanda al paragrafo 2.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale").

Nel corso del 2016 si è anche avviato il percorso volto all'utilizzo sistematico di strumenti di identificazione proattiva della popolazione a rischio di cronicità. Tali strumenti sono rappresentati dai questionari PACIC (che raccoglie il punto di vista del paziente) e ACIC (che raccoglie l'analisi dell'equipe curante) sono attualmente utilizzati esclusivamente presso l'ambito di Forlì: ACIC è stato applicato in collaborazione con la Regione nelle Case della Salute di Forlimpopoli e Predappio; il protocollo per l'utilizzo del PACIC è stato elaborato nel 2016 e la somministrazione è prevista per il 2017. Negli altri ambiti è stato sollecitato l'intervento del personale della Regione per l'addestramento degli operatori locali e l'avvio sperimentale della somministrazione.

Nell'ambito del piano di riordino ospedaliero dell'Ausl della Romagna è stata effettuata anche l'analisi delle strutture riconvertibili in Ospedali di Comunità (OsCo).

Attualmente, in Azienda, sono attivi 4 OsCo (per un totale di 52 posti letto) e tutti situati sul territorio della provincia di Forlì-Cesena: a Modigliana, a Savignano sul Rubicone, a Forlimpopoli e a Mercato Saraceno.

Sono inoltre stati individuati nuovi potenziali posti letto di Cure Intermedie, la cui attivazione è programmata per il 2017/2018:

AMBITO DI CESENA:

c/o Ospedale di San Piero in Bagno, per un totale di n. 8 posti letto.

AMBITO DI RIMINI:

c/o Ospedale Franchini di Santarcangelo, per un totale di n. 8 posti letto.

AMBITO DI RAVENNA:

c/o Casa della Salute di Brisighella, per un totale di n. 15 posti letto (prevista ristrutturazione area presidio Azienda USL ex ospedale).

Attuazione del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico

Nel corso del 2016 sono stati raggiunti gli obiettivi legati al Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016), come è possibile rinvenire al paragrafo 2.4.1 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

Inoltre, hanno preso avvio i lavori volti alla omogeneizzazione su tutti gli ambiti territoriali dei percorsi di valutazione e presa in carico secondo le indicazioni del Programma regionale.

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

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

In tutti gli ambiti territoriali si sono attivate esperienze orientate in questa direzione, con un investimento di risorse (esclusi i costi relativi al personale) di oltre €. 400.000.

Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 2.4.2 dell'allegato "Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale".

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 2016. In particolare, si evidenzia che per l'indicatore:

- IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

l'obiettivo di ridurre le prestazioni a seguito dell'attivazione di modalità operative e procedure concordate fra tutti gli attori è stato effettivamente raggiunto, passando dalle 10.590.763 prestazioni di laboratori effettuate nel 2015 alle 9.709.784 del 2016 (diminuzione del 8,3%).

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0211 - Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	18,04	18,59	20,34	 OTTIMO	Mantenimento >=18
IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	64,6	65,75	73,03	 OTTIMO	Mantenimento >=60
IND0415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.747.288	1.750.024	6.788.682	 OSSERVAZIONE	Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
IND0416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	1.504.663	1.544.447	6.364.012	 OSSERVAZIONE	Coerente con necessità di garantire l'accesso entro gli standard attesi
IND0417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	10.590.763	9.709.784	43.108.376	 OSSERVAZIONE	Atteso in diminuzione per azioni di miglioramento appropriatezza prescrittiva

4.1.5. Produzione Prevenzione

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

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

- **IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA**

La performance aziendale si è attestata alla copertura del 51,1% della popolazione target che, nonostante sia in crescita rispetto al 49,4% del 2015, rimane al di sotto del 53% regionale. Tale performance nello standard regionale appare scarsa e quindi occorre proseguire nelle azioni volte ad incrementare il coinvolgimento della popolazione.

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

Anche per la vaccinazione esavalente a 24 mesi la performance risulta scarsa, con una percentuale di bambini vaccinati stabile al 90,5%, rispetto ad una media regionale del 92,2%.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0160 - % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	50,1	51,2	48,4	 BUONO	Mantenimento >=50

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0161 - % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	37,1	40	35,3	 OTTIMO	Mantenimento >=37
IND0164 - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	77,29	74,9	76,42	 OTTIMO	Mantenimento >=77
IND0170 - % di persone che hanno partecipato allo screening colorettales rispetto alle persone invitate	48,09	52,84	49,21	 BUONO	Miglioramento
IND0172 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	49,36	51,11	53,04	 SCARSO	Allineamento a standard LEA
IND0177 - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	90,29	90,55	92,23	 SCARSO	Allineamento a standard LEA
IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,52	10,09	9,84	 OTTIMO	Mantenimento >=10
IND0408 - Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	92,92	97,16	100	 OTTIMO	Mantenimento >=95

Il periodo di rilevazione degli **IND0160** e **IND0161** è basato su un arco temporale pluriennale.

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'ambito di lavoro della Sicurezza e della Gestione del Rischio ha dato nuovo impulso al sistema di segnalazione Incident Reporting⁴, anche attraverso la sensibilizzazione dei referenti del rischio e la creazione di un sistema informatizzato aziendale che non solo permette la raccolta delle segnalazioni ma anche il monitoraggio degli eventuali piani di miglioramento conseguenti all'analisi degli eventi. E' stata redatta e pubblicata la procedura aziendale sulla gestione degli

⁴ **L'Incident Reporting** è un sistema di segnalazione spontaneo che consente ai professionisti sanitari di descrivere e segnalare **eventi avversi** - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario - e **near miss** - definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non ha effetti indesiderati per il paziente

Le informazioni ottenute con lo strumento dell'Incident Reporting devono consentire di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le correzioni possibili e realmente messe in atto per prevenire la ripetizione degli eventi stessi.

eventi avversi e near miss, dove sono state esplicitate anche le modalità e le responsabilità della segnalazione.

Nel corso del 2016 è stata inoltre condivisa la modalità di compilazione delle check-list di sala operatoria in tutti i blocchi chirurgici per gli interventi eligibili alla luce delle novità introdotte dalla Regione ed è stato adeguato il flusso informativo verso la Regione anche attraverso l'implementazione di uno strumento informatico unico.

La progressiva implementazione della cartella informatizzata in tutti i presidi ospedalieri, nonché l'adeguamento alla normativa riguardante le emotrasfusioni, è stata occasione per ridefinire le modalità e gli strumenti di identificazione del paziente anche attraverso la progressiva diffusione del braccialetto informatizzato.

L'azienda ha aderito al monitoraggio regionale delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed ha iniziato il processo di unificazione delle procedure specifiche a partire da quelle collegate alle attività clinico-assistenziali che si sono rivelate più critiche o maggiormente disomogenee, con l'intento comunque di completarne l'omogeneizzazione nel prossimo periodo. Ad oggi sono state redatte e pubblicate le procedure unitarie relative a:

- corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio;
- gestione dei casi di allontanamento del paziente dalle UU.OO. di degenza;
- gestione degli eventi avversi e near miss nelle attività clinico-assistenziali;
- acquisizione del consenso informato;
- analisi del rischio e controllo della Legionellosi nelle strutture sanitarie;
- misure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Rispetto al tema della prevenzione e gestione delle cadute, l'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro regionale che ha elaborato le linee di indirizzo specifiche (pubblicate a dicembre 2016), ha costituito il gruppo di lavoro aziendale per l'elaborazione della procedura aziendale e ha pubblicato il piano di prevenzione delle cadute (allegato al piano programma sicurezza delle cure).

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 2016 si è attestata al 42,3% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG rientranti nei LEA Chirurgici, in diminuzione rispetto al 43,6% del 2015 e decisamente al di sotto del dato medio regionale che è pari al 50,1%.

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

Per questo indicatore, sebbene la performance 2016 risulti decisamente migliorata rispetto all'anno precedente (136,6 accessi in Day Hospital di tipo medico ogni 1.000 residenti nel 2016 vs 150,1 nel 2015), la valutazione regionale risulta ancora negativa e distante dalla media regionale attestatasi a 110,1 accessi ogni 1.000 residenti.

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

Tale indicatore risulta ancora in fase di osservazione da parte della Regione, pertanto non riceve una valutazione, tuttavia il risultato 2016 evidenzia un tasso di sepsi in crescita rispetto al 2015 con conseguente non raggiungimento dell'obiettivo previsto di mantenere i valori entro il dato medio regionale.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	43,58	42,35	50,09	 PESSIMO	Allineamento a standard LEA
IND0210 - Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,45	6,58	6,53	 BUONO	Allineamento a standard LEA
IND0213 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	3,11	3,35	2,6	 OTTIMO	Mantenimento
IND0214 - Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	150,08	136,62	110,11	 PESSIMO	Allineamento a standard LEA
IND0216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,24	0,24	0,22	 MEDIO	Allineamento a standard LEA
IND0101 - Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,04	10,02	9,86	 OSSERVAZIONE	In diminuzione
IND0133 - Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	3,99	6,03	4,03	 OSSERVAZIONE	Mantenimento valori in linea o inferiori all'andamento regionale
IND0135 - Casi di trombose venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,04	2,27	2,5	 OSSERVAZIONE	
IND0421 - % di colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	41,64	48,34	39,8	 OSSERVAZIONE	Tendenziale incremento

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 2016 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.2 DGR 167/2015

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

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

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

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

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

Centralizzazione acquisti e logistica.

L'AUSL della Romagna nel 2016 ha partecipato attivamente alla sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercent-ER, con il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alla AUSL stessa nelle attività di centralizzazione degli acquisti, così come formalizzato con Delibere del Direttore Generale n. 935 del 23/12/2015 e n. 512 del 9/11/2016.

In particolare, l'AUSL della Romagna ha svolto n. 3 procedure di gara a nome e per conto di Intercent-ER: n. 2 funzionali alle esigenze di tutte le Aziende della Regione; n. 1 per le esigenze specifiche della Romagna.

Tale sistema ha visto il coinvolgimento di n. 1 dirigente e n. 1 collaboratore esperto qualificato per ciascuna gara.

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.3 DGR 167/2015

Rispetto all'obiettivo di potenziare le piattaforme logistiche ed informatiche, nell'area dell'INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) si sono realizzati i seguenti risultati, raggiungendo l'obiettivo di realizzare almeno l'80% del Piano di Sviluppo programmato:

GRU

Realizzato GRU secondo il piano concordato nel progetto attuativo, con avvio del nuovo Software al 01.01.2017.

GAAC

Garantito adeguato supporto per la definizione del capitolato di gara e per la valutazione delle offerte.

SSI

Attività svolta in collaborazione con i referenti regionali compatibilmente con i vincoli legati dal rapporto con i MMG convenzionati .

ARA

Realizzato secondo le tempistiche regionali. Si è ancora in attesa delle funzionalità di aggiornamento dei flussi Comunali per inserimento e variazione anagrafiche di residenza.

Software Trasfusionale

Il progetto non investe l'Azienda nell'esercizio 2016.

DEMA

Adeguati i software per l'emissione delle prescrizioni specialistiche dematerializzate.

FSE

Adeguati i software e l'offerta di documenti sanitari e delle prestazioni prenotabili.

DEMA FATTURE

Adeguati i software applicativi, ad esclusione di quelli di prossima dismissione, per la dematerializzazione ordini e documenti di trasporto.

SIGLA

Verificati e riallineati i sistemi applicativi per l'alimentazione del sistema SIGLA.

SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

Si sono garantiti, anche per l'anno 2016:

- l'alimentazione delle banche dati del sistema informativo sanitario regionale, secondo le scadenze previste e con attenzione alla qualità dei dati raccolti,
- gli adempimenti informativi Regionali e Nazionali, secondo le indicazioni delle specifiche Circolari Regionali e Ministeriali.

Adempimenti dei flussi informativi

OBIETTIVO DI MANDATO 2.6 DGR 167/2015

Nel corso del 2016 la rilevazione dei flussi sanitari (SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice, ecc...) è stata tempestiva e completa, rispettando la percentuale di record inviati nel periodo di pertinenza. In particolare, si è verificato un netto miglioramento dell'indice di *“Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza”* monitorato da SIVER, che già dal confronto tra il 2015 e i primi 9 mesi del 2016 è passato da 7,4 a 7,9.

Anche sul flusso PS c'è stata costante attenzione nel corso del 2016 anche grazie alla continua collaborazione con il Dipartimento di Emergenza.

A seguito di modifica della metodologia di calcolo dell'indicatore "Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza" il valore per l'Azienda USL della Romagna è passato per il 2015 da 7,4 a 5,7 e nel 2016 il valore di chiusura è risultato pari a 5,8 (valutazione media).

Da un'analisi di dettaglio è emerso che le principali criticità sono da attribuirsi ai flussi SDO, ASA, FED, ADI mentre per il flusso del contenzioso legale la valutazione risulta essere media (bollino giallo).

Per quanto riguarda il flusso SDO, nel 2016 la principale criticità era presente nell'ambito di Ravenna determinata da forti ritardi di chiusura delle SDO. A seguito di una verifica approfondita è emerso che nell'ambito di Ravenna era presente una bassa informatizzazione dei reparti e una carenza di organico dell'Ufficio DRG, deputato a chiudere e completare tutte le SDO del Presidio di Ravenna. Nel corso del 2016 è stata avviata l'informatizzazione dei reparti dell'ambito di Ravenna e da un'analisi dei primi quattro mesi del 2017 la percentuale delle SDO inviate con puntualità sembra superare il 90%. Già dal 2016 è stato avviato un monitoraggio costante della puntualità degli invii per tutti i Presidi della Romagna.

Per quanto riguarda il flusso ASA nel 2016 la percentuale di tempestività si è attestata attorno all'81% di erogazioni inviate puntualmente nel mese di competenza.

Le criticità sono dovute principalmente alla numerosità delle fonti di origine, diverse da ambito ad ambito e dalle tempistiche di estrazione per ciascuna fonte (ad esempio il laboratorio impiega diverse ore per essere caricato e poi inviato in Regione). Spesso i tempi necessari per effettuare gli opportuni controlli e le eventuali correzioni sono insufficienti per poter sanare le numerosi situazioni critiche fino al mese in corso.

Si fa presente inoltre che l'attività di Day Service, per alcuni ambiti, al momento non viene inviata in quanto ad oggi la Regione permette l'invio di tutto l'episodio di cura anche a chiusura del ciclo di prestazioni.

Dall'analisi dei primi quattro mesi del 2017 l'indicatore sembra migliorare di qualche punto percentuale (circa l'84%). Si è deciso di effettuare un monitoraggio mensile per verificare l'andamento e migliorare la performance dell'indicatore.

Il flusso FED presenta per il 2016 una performance dell'indicatore intorno all'85%. In realtà tre ambiti su quattro hanno avuto nel corso del 2016 una performance superiore al 90%. Infatti, per l'ambito di Rimini a partire da settembre 2016 è stato effettuato il passaggio sul nuovo sistema informatico amministrativo. Contemporaneamente sono state apportate modifiche significative al software di gestione dell'erogazione diretta e questo ha determinato alcuni ritardi di invio sanati a fine anno. Nel corso del 2017 è stato avviato il monitoraggio mensile dell'indicatore e al momento non si segnalano criticità.

Il flusso ADI è al momento particolarmente critico con una performance dell'indicatore nel 2016 attorno al 67%.

Gli ambiti che hanno contribuito maggiormente all'andamento negativo dell'indicatore sono Cesena e Rimini.

Per quanto riguarda Rimini a partire dall'invio del 2° trimestre del 2016, la criticità non è più presente. Infatti, il ritardo era determinato dalla scelta di inviare solo le TAD chiuse nel periodo di riferimento. In tal modo venivano inviate con ritardo tutte le TAD aperte nel trimestre di competenza, ma chiuse anche molti mesi dopo. Tale modalità di invio è stata modificata e ad oggi la criticità è stata superata.

Per l'ambito di Cesena invece la situazione è ad oggi ancora critica e determinata da ritardi di registrazione e incompletezza delle informazioni inserite. Le principali cause vanno ricercate sia nell'uso dell'applicativo, che spesso dà luogo a malfunzionamenti, sia da ritardi di inserimento da parte del personale amministrativo: al momento infatti la rilevazione non viene effettuata direttamente dagli infermieri che svolgono l'attività, ma da alcuni amministrativi del Dipartimento Cure Primarie. Anche per il flusso ADI verrà effettuato un monitoraggio costante degli invii.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0385 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	5,7	5,8	6,4	 MEDIO	Mantenimento >= 7,5

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**. In particolare, i risultati attesi riguardano:

Riduzione, mediante misure di prevenzione e di contrasto, del rischio corruttivo

Con riguardo alle misure generali individuate nel PTPC 2016 - che si caratterizzano per la loro natura trasversale rispetto ad attività e processi a rischio di corruzione - si è provveduto a monitorare lo stato di attuazione delle misure previste, dandone atto nell'aggiornamento del PTPC approvato nel 2017. In generale le misure prospettate (produzione di reportistica, adozione di modulistica, di regolamenti e di linee guida, ecc.) risultano attuate, secondo la tempistica di avanzamento programmata per l'anno 2016, al fine della realizzazione dei relativi obiettivi di prevenzione della corruzione. Si rileva che all'esito del monitoraggio svolto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in alcuni casi si è reso necessario rimodulare o implementare le misure previste nel PTPC 2016, come specificamente motivato nel PTPC 2017, per garantire l'efficacia e l'effettiva sostenibilità delle misure stesse.

Riduzione, mediante prevenzione e contrasto rispetto alle aree di rischio specificatamente mappate, del rischio di corruzione

Con riguardo alle misure specifiche di prevenzione individuate nel PTPC 2016 in riferimento alle attività ed ai processi a rischio di corruzione, si è provveduto a monitorare lo stato di attuazione

delle misure prospettate, dandone atto nell'aggiornamento del PTPC approvato nel 2017. In particolare, le misure prospettate risultano attuate per le aree di rischio specifico: "Contratti pubblici - acquisto di beni e servizi", "Attività libero professionale" e "Rapporti contrattuali con privati accreditati". Per l'area di rischio "Contratti pubblici - lavori pubblici", si evidenzia che alcune delle misure previste nel PTPC 2016 non sono risultate coerenti con il nuovo Codice in materia di appalti (D. Lgs. n. 50/2016), adottato nel 2016, pertanto le stesse sono state rimodulate, individuando nuove e diverse misure specifiche da attuarsi nel 2017. Con riguardo all'area di rischio "Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero", ove era stata prevista la modifica del Codice di comportamento dei dipendenti, si rappresenta che tale misura non ha trovato possibilità di attuazione in quanto è in corso di predisposizione un Codice di Comportamento aggiornato ed unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, a cura dello specifico sotto-gruppo del Tavolo permanente regionale anticorruzione e trasparenza. Per tale area di rischio, nel PTPC 2017, si è pertanto proceduto a ridefinire le misure di prevenzione, individuando nuove e diverse misure specifiche da attuare nel 2017.

Migliorare i livelli di trasparenza ed accessibilità, garantendo la corretta implementazione del sito unico aziendale dell'amministrazione trasparente

Con riguardo all'obiettivo di migliorare i livelli di trasparenza ed accessibilità garantendo la corretta implementazione del sito unico aziendale dell'amministrazione trasparente, si evidenzia che nel corso del 2016 è stato perfezionato il processo di implementazione del sito unico Aziendale attivo dal 01.12.2015

La pubblicazione dei dati è stata monitorata, anche mediante richiesta a tutti i Direttori di Unità Operativa tenuti alla pubblicazione dei dati, nel sito unico Amministrazione trasparente, di dare conto al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, tramite la compilazione di apposito report dell'avvenuta pubblicazione e aggiornamento dei dati di rispettiva competenza, nelle apposite sezioni e sottosezioni. Il report prevedeva che, in caso di mancata pubblicazione delle informazioni richieste, il Direttore della Unità Operativa, ne desse atto con indicazione delle motivazioni del mancato adempimento.

In termini generali il livello di adempimento del processo di implementazione del sito unico aziendale si è realizzato.

% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza: obiettivo >=95%

Con riferimento alla percentuale sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza >= 95 % , si precisa che l'attestazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è avvenuto, in conformità a quanto disposto da ANAC con delibera n. 236/2017, alla data del 31.03.2017 e ha riguardato le voci indicate dalla suddetta Autorità nel provvedimento succitato.

Dai valori di assolvimento degli obblighi di trasparenza riportati nell'allegato 2 del Documento di attestazione del Organismo indipendente di Valutazione, pubblicato nel sito Amministrazione

Trasparente, si può ricavare che l'assolvimento degli obblighi di trasparenza risulta ancorarsi ad un valore percentuale $\geq 95\%$.

L'analisi degli indicatori regionali di valutazione della Performance (si veda la sottostante tabella) evidenzia il raggiungimento di risultati ottimali su ogni elemento osservato, con valori aziendali in crescita rispetto al 2015 e anche superiori alla media regionale.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	93,86	99,37	95,42	 OTTIMO	Mantenimento ≥ 95
IND0406 - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	44,95	47,85	42,74	 OSSERVAZIONE	Rispetto masterPlan
IND0407 - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	34,77	35,96	35,49	 OSSERVAZIONE	In aumento

5. Dimensione delle performance dell'innovazione e sviluppo

5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi strategici perseguiti nel 2016 riguardano:

Valorizzazione del capitale umano

OBIETTIVO DI MANDATO 2.7 DGR 167/2015

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

- definire e dare attuazione alla procedura aziendale di valutazione delle risorse umane finalizzata alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance organizzativa e individuale. In particolare, in riferimento all'obiettivo "Applicazioni nuovi strumenti e percorsi di valutazione delle risorse umane finalizzati alla valorizzazione delle competenze e alla misurazione della performance", nel corso del 2016 è stata attivata la valutazione della performance individuale anno 2015 per tutti i dipendenti afferenti alle aree dirigenziali con contratto a tempo indeterminato e determinato. La valutazione è stata sintetizzata attraverso una scheda di valutazione, gestita tramite un applicativo dedicato, contenente sia parametri relativi ai risultati, sia parametri relativi a comportamenti e competenze. Sono state elaborate complessivamente 2700 schede, il cui esito è stato utilizzato anche per la determinazione delle ricadute sulla componente economica stipendiale correlata al risultato.
- 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 5 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".
- promuovere la partecipazione dei propri professionisti all'indagine per la rilevazione del clima organizzativo interno realizzata dal **Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**. La Direzione Generale dell'Ausl della Romagna ha ritenuto importante partecipare a questo progetto in quanto risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani e rappresenta un valido strumento per misurare lo stato di salute di un'organizzazione sia nella sua componente materiale, costituita dalle regole e dagli

strumenti operativi in uso, sia nella sua componente immateriale di clima interno, determinata dal contesto latente di motivazioni, aspettative e comportamenti delle persone che vi lavorano. Le performance aziendali, infatti, sono favorite – oltre che dalla passione e dall’energia delle persone che vi operano e che desiderano lasciare un segno positivo nel lavoro che svolgono – anche da altri fattori quali l’ambiente di lavoro e tutte quelle variabili che influenzano il grado di coinvolgimento delle persone.

Rispetto alla valutazione regionale - che riguarda il grado di partecipazione all’indagine - la nostra Azienda ha visto un’adesione complessiva del 18,4%, decisamente al di sotto del valore medio regionale attestatosi al 26,5%. In particolare, hanno risposto al questionario il 55,2% (208 su 377) dei responsabili di Struttura ed il 17,4% (2.476 su 14.220) dei dipendenti non responsabili.

I risultati dell’indagine, elaborati dal suddetto Laboratorio Management e Sanità, sono stati oggetto di analisi da parte della Direzione Generale finalizzata all’individuazione di elementi meritevoli di attenzione: sicurezza del posto di lavoro, diffusione delle informazioni, formazione.

5.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

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

- L'Anagrafe Regionale della Ricerca è stata regolarmente implementata con più di un accesso a trimestre e con l'inserimento di un numero di progetti superiore a quello medio annuale richiesto dal livello regionale.
- L'Azienda ha partecipato al bando di Ricerca finalizzata dando supporto alla presentazione dei progetti di ricerca presentati dai professionisti aziendali, si rimane in attesa dell'esito.
- Nel marzo 2016 è stato istituito il Board Aziendale Ricerca e Innovazione, che si è regolarmente riunito in media una volta al mese valutandola fattibilità e l’opportunità di tutti i progetti di ricerca presentati (media 20/mese).
- È stato istituito il Fondo Aziendale per la ricerca ed il miglioramento continuo, regolamentando tutta l'attività tecnico-amministrativa dell'attività di Ricerca nella PA 35 “Ricerca Commissionata e finalizzata, sperimentazioni cliniche”.
- Si sono istituite 3 Unità Cliniche di Fase 1 ed un laboratorio di fase 1, garantendo i requisiti strutturali, di personale e di qualità.
- Si è provveduto e dato supporto a tutto l’iter di approvazione dell’Accordo Quadro della Ricerca tra AUSL della Romagna e IRCCS/IRST di Meldola, stipulato in data 23/12/2016.

- E' stato costituito un unico Ufficio Ricerca a supporto tecnico e metodologico di tutti i professionisti aziendali, armonizzando l'iter di istruttoria, autorizzazione dei progetti e stipula dei contratti.

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

A livello aziendale si è definito il seguente standard:

Regolare alimentazione dell'anagrafe regionale della ricerca

Nel corso del 2016 l'Azienda USL della Romagna ha assicurato l'accesso regolare all'applicativo, con un numero di schede inserite che risulta in linea con gli anni passati.

6. Dimensione delle performance della sostenibilità

6.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

Gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance sono:

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

OBIETTIVO DI MANDATO 2.1 DGR 167/2015

Il bilancio di esercizio 2016, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa e Rendiconto Finanziario, e corredato dalla Relazione sulla Gestione sottoscritta dal Direttore Generale, è stato redatto secondo le disposizioni di cui al D.lgs n. 118/2011 e s.m.i.

Il Consuntivo 2016 registra un utile di esercizio pari ad € 29.557 e rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1003 del 28/06/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016".

Governo delle Risorse Umane

OBIETTIVO DI MANDATO 2.5 DGR 167/2015

Nel mese di maggio 2016 è stato presentato alla Regione Emilia Romagna il Piano Assunzioni predisposto in linea con le indicazioni della stessa Regione e con gli obiettivi di sviluppo strutturale e organizzativo aziendale.

In particolare:

- per la copertura del turn over la Regione consente, per la prima parte dell'anno, la copertura dell'80% delle cessazioni avvenute fino al 30 giugno 2016;
- sono state, inoltre, previste assunzioni aggiuntive collegate all'esigenza di garantire la turnistica in seguito all'entrata in vigore della Legge 161/2014 e un piano straordinario e temporaneo di assunzioni a tempo determinato da attivarsi negli ultimi mesi del 2016, a garanzia dei livelli assistenziali, fino al completamento del riassetto organizzativo aziendale e al riordino della rete ospedaliera, per far fronte alle carenze derivanti sia dalla limitata copertura del turn over negli anni precedenti, sia dalle criticità legate alle assenze non continuative e all'aumento del ricorso ai permessi per legge 104/1992;
- in continuità con l'anno 2015 sono state previste assunzioni per il superamento del lavoro atipico e assunzioni per il periodo estivo legate al potenziamento dei servizi per far fronte all'afflusso turistico e alla garanzia dei livelli assistenziali durante il periodo feriale;

- sul fronte delle esigenze collegate a interventi riorganizzativi o strutturali inseriti nella programmazione locale o connesse a internalizzazioni di funzioni o di servizi collegate a specifiche scelte organizzativo/gestionali, è stata inoltre prevista l'assunzione di 39 dirigenti sanitari e 176 figure appartenenti a profili del comparto addetti a funzioni assistenziali;
- nel 2016 prosegue per la dirigenza sanitaria l'azione di consolidamento del precariato sulla base della Delibera Giunta Regionale 03.11.2014 n. 1735; sono inoltre state rappresentate ulteriori azioni di consolidamento legate al personale sanitario o tecnico addetto ad attività di supporto sanitario e della dirigenza sanitaria; per il personale amministrativo, stante il blocco delle assunzioni degli ultimi anni, è stato presentato un piano di consolidamento per figure di comparto; per il personale tecnico sono attualmente in corso le valutazioni riferite in particolare alle necessità di consolidamento di figure addette a specifici servizi (informatici, economici, logistici e front office).

Politiche energetiche e mobilità sostenibile

L'Azienda USL della Romagna, in tutte le gare d'appalto per l'esecuzione dei lavori, prevede interventi di efficientamento energetico, sia tramite l'adozione di soluzioni tecnico/impiantistiche volte a contenere i consumi energetici, sia tramite l'utilizzo del criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa, in cui vengono previsti punteggi qualitativi per gli interventi di efficientamento energetico (ad esempio punteggi qualitativi mirati all'impiego di tecnologie rinnovabili e ad elevata efficienza - trigenerazione, recuperi termici, impianti fotovoltaici, impiego dell'acqua di pozzo per ridurre i consumi idrici).

Oltre alle azioni sopra descritte, in occasione di interventi di manutenzione o ristrutturazione su sedi varie, sono stati effettuati interventi minori per l'uso razionale dell'energia.

Nell'ambito della strategia di riqualificazione si è inoltre mantenuto a regime il sistema di valorizzazione delle incentivazioni disponibili, basato sui Titoli di Efficienza Energetica e sul Conto Energia Fotovoltaico. Infine, l'Azienda partecipa alla concessione di fondi europei POR FESR, avendo ottenuto l'assegnazione di oltre 500.000 € in sette distinte sedi, la cui riqualificazione è prevista nei prossimi anni.

Relativamente al monitoraggio degli indicatori, è stato predisposto un completo sistema di monitoraggio degli andamenti dei costi e dei consumi energetici, che viene regolarmente alimentato dall'Energy Manager e utilizzato per le previsioni di budget; vengono altresì mantenute aggiornate le schede di monitoraggio nello Sharepoint Regionale dedicato.

In riferimento alle iniziative di mobilità sostenibile, si è inoltre proseguito nell'implementazione del sistema di gestione centralizzata ed informatizzata del parco auto aziendale, basato sulla prenotazione online da parte dei dipendenti del mezzo aziendale da utilizzare per gli spostamenti lavorativi e sull'installazione di armadi automatici con chiavi elettroniche (e relative fuel card), che ora raggiunge diverse sedi degli ambiti di Forlì e Cesena.

6.1.2. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Economico-Finanziaria

La tabella sottostante, che riporta gli indicatori regionali di valutazione, non evidenzia elementi particolarmente critici nell'area economico finanziaria. Gli indicatori che rientrano nel range di colore giallo e quindi migliorabili risultano comunque non troppo distanti dal dato regionale.

I dati relativi ai costi pro-capite per l'erogazione dell'assistenza⁵, che si riferiscono agli anni 2014 e 2015 (in quanto sono le ultime rilevazioni disponibili in SivER), evidenziano per il 2015 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): considerando anche tali costi, il dato della spesa pro-capite totale per l'Ausl della Romagna si attesta a €. 1.790, in crescita di €. 20 rispetto al 2014, ma al di sotto della spesa pro-capite regionale pari a €. 1.843.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2014	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Regionale 2015	Valutazione performance 2015	Target atteso nel triennio
ND0614 - Costo pro capite totale	1.746	1.764	1.750	 MEDIO	Mantenimento
IND0267 - Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	51	49	52	 OTTIMO	Mantenimento
IND0616 - Costo pro capite assistenza distrettuale	1.040	1.045	1.037	 MEDIO	Mantenimento
IND0615 - Costo pro capite assistenza ospedaliera	653	669	661	 MEDIO	Mantenimento

I restanti indicatori di natura economica rilevati in SivER fanno invece riferimento al biennio 2015-2016:

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0364 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	91,49	92,04	95,65	 BUONO	Mantenimento
IND0365 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	79,58	79,16	79,58	 MEDIO	Mantenimento

⁵ I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2015	Valore Ausl Romagna 2016	Valore Regionale 2016	Valutazione performance 2016	Target atteso nel triennio
IND0449 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	154,1	154,14	158,55	 OTTIMO	Mantenimento
IND0138 - Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	191,19	181,69	281,77	 OSSERVAZIONE	Mantenimento
IND0220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	12,65	6,83	-	 OSSERVAZIONE	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 investimenti per l'anno 2016, pur nelle difficoltà derivanti dalla riorganizzazione dell'assetto organizzativo e della situazione economica del contesto, ha determinato una spesa complessiva pari ad euro 10.045.043,00. Sono stati portati a termine interventi già iniziati ed in corso, sono state attivate nuove procedure di sostituzione ed implementazione e sono state programmati nuovi ed importanti investimenti che saranno finanziati con l'art.20 e che saranno realizzati anche a partire dal 2017.

Si sono realizzati importanti investimenti per le tecnologie biomediche, come ad esempio:

- aggiornamento Angiografo Rimini con sistema rotazionale e sistema di riduzione della dose al paziente;
- letti elettrici ad altezza variabile per le stanze di degenza per il percorso di rinnovamento tecnologico finalizzato anche alla soluzione delle problematiche legate al rischio da movimentazione cariche degli operatori;
- sostituzione di oltre 50 ecotomografi sull'intera Azienda, derivanti da una procedura di gara nazionale gestita da CONSIP;
- implementazione della dotazione di elettrocardiografi e defibrillatori;
- aggiornamento neuro navigatore per sale operatorie di neurochirurgia di Cesena;
- implementazione dei sistemi RIS e PACS per la condivisione delle immagini tra ambiti territoriali.

Inoltre, nel corso del 2016 sono in fase di esecuzione avanzata un importante numero di interventi strutturali concentrati nei principali presidi sanitari realizzati con finanziamenti sia statali (ex ART. 20 IV fase 2° stralcio) che regionali, come:

- ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive.

- completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza;
- ammodernamento sistemi e tecnologie di diagnostica per immagini.

In sintesi, l'obiettivo aziendale di attuare con progettazione esecutiva approvata almeno l'80% del piano investimenti 2016 si è concretizzato. Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 4.6 dell'allegato *"Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale"*.

7. Conclusioni

La rendicontazione delle azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1003/2016) e più in generale degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda, evidenzia la bontà dei risultati raggiunti, pur permanendo alcune criticità su cui dovremo e stiamo lavorando.

In particolare, abbiamo piena consapevolezza che ancora vi sono disomogeneità importanti nella struttura dei costi, fra i diversi livelli assistenziali e fra i diversi territori dell'Azienda nell'ambito dello stesso livello assistenziale. In un'azienda di tali dimensioni, tuttavia, il superamento delle differenze nei comportamenti, nei percorsi, nelle modalità operative e organizzative è un processo complesso e inevitabilmente graduale, ma affrontato e gestito come elemento di assoluta priorità. 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.

I buoni risultati conseguiti, ad ogni modo, non ci fanno perdere di vista i problemi che ancora permangono e sui quali dovremo concentrare l'attenzione nel breve periodo sia con riferimento alla promozione *dell'appropriatezza organizzativa e clinica* (si pensi all'area dei percorsi in emergenza-urgenza e dei percorsi dei pazienti oncologici) e al tema *dell'equità nell'accesso ai servizi* (soprattutto con riferimento ai tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, come indicato nella DGR 272/17), nonché alla riduzione della *variabilità infra-aziendale sia nel consumo di risorse* (uso di dispositivi medici, spesa farmaceutica convenzionata), sia nei *processi organizzativi* (attuazione del piano aziendale di unificazione delle procedure informatiche). Infine e non da ultimo, occorre dare ulteriore impulso al processo di riorganizzazione dei servizi territoriali con un concreto cambiamento nelle modalità di erogazione dell'assistenza primaria e più in generale a tutta l'area dell'integrazione ospedale-territorio e dell'integrazione socio-sanitaria, promuovendo, anche in quest'ultimo ambito di intervento, maggiore equità di accesso, uniformità dei percorsi, appropriatezza nella scelta del livello di intensità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona in collaborazione con gli Enti Locali.

8. Allegati

Alla presente Relazione sulla Performance è allegata la **“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”** (che corredata la Relazione sulla Gestione a completamento del Bilancio di Esercizio 2016 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 1003/2016.