

# ***Relazione sulla Performance 2016 - Allegato 1***

## ***Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1003/2016)***

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nella **DGR n. 1003/2016** "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016" evidenzia quanto segue, sulla base di quanto specificamente indicato nell'Allegato B della già citata DGR 1003/2016 avente oggetto "*Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2016*".

Si precisa che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell'Allegato B della DGR 1003/2016.

### **1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

#### **1.1 – Piano regionale della prevenzione 2015-2018**

Nel gennaio 2016 è stato definito e inviato in Regione, nei tempi richiesti, il Piano Locale Attuativo del PRP 2015-18 della Ausl della Romagna.

Durante l'anno 2016 sono state realizzate le azioni previste e monitorati i risultati raggiunti per rispondere agli obiettivi attesi dal PRP. In Settembre è stata fatta una prima azione di monitoraggio per verificare l'andamento e adottare eventuali azioni correttive.

A febbraio 2017 è stata inviata in Regione la rendicontazione dei risultati raggiunti nel 2016.

Alcuni indicatori non sono stati conseguiti in quanto dipendevano da azioni regionali che non si sono attuate e sono stati posticipati al 2017.

In base ai dati raccolti e monitorati risulta, ad oggi, che gli obiettivi sentinella assegnati alla Ausl della Romagna sono stati conseguiti nella misura di almeno il 95%, con l'eccezione di:

- **Prog. 2.12 - Proporzioni di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening cervicale:** obiettivo atteso 60% - risultato conseguito 55,2% (NOTA: I dati si riferiscono all'attività 2015 come richiesto dalla Regione). L'indicatore non è stato raggiunto per la bassa adesione nell'ambito riminese, dove l'adesione agli screening cervicale e del colon-retto è storicamente al di sotto dello standard nel 1° anno di round (2015), poi ampiamente recuperata nel proseguimento del round fino al raggiungimento del round stesso (si vedano schede puntuali regionali con dati di adesione triennali per cervice e biennali per colon retto al paragrafo 4.3). Ad ogni modo, in DGR viene considerato raggiunto l'obiettivo anche se lo scostamento rispetto allo standard atteso è ≤ a 5%.

**Prog. 4.3 - N. di contatti con persone che si prostituiscono in strada effettuati dalle Unità di Strada:** obiettivo atteso 2200 contatti - obiettivo raggiunto 1774 contatti (81%).

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

Considerando che gli indicatori sentinella per cui è previsto un risultato atteso nel 2016 sono:

- n. 10 indicatori regionali
- n. 13 indicatori locali, ma monitorati dalla Regione
- n. 33 indicatori Locali monitorati dalle Ausl

per stabilire il denominatore dal quale calcolare la percentuale attesa (ossia, 95% degli indicatori sentinella per i quali si è raggiunto almeno il 95% dello standard previsto) si ritiene di considerare solo quelli locali, per cui ad oggi risultano **conseguiti 44 su 46 pari al 96% degli indicatori sentinella**.

### 1.2 - Sanità Pubblica

Il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 si sono sviluppati in particolare con le modalità descritte di seguito.

I servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno realizzato una sperimentazione sull'utilizzo degli strumenti elaborati in ambito regionale per la vigilanza e controllo di piscine, scuole e strutture ricettive. Sono stati utilizzati i manuali e le liste di controllo regionali in 17 piscine, 19 strutture ricettive e 8 scuole: i risultati sono stati discussi ed approfonditi in apposite riunioni di lavoro, è stata curata la redazione di proposte di integrazione degli strumenti che sono state inviate al Responsabile del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica regionale.

Dgr 200/2013 Sperimentazione	Piscine controllate	Strutture Ricettive controllate	Scuole controllate
Cesena	4	7	2
Forlì	2	2	2
Ravenna	9	7	2
Rimini	2	3	2
<b>TOTALI</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>8</b>

La programmazione dell'attività di vigilanza è stata inserita nella programmazione più generale di sanità pubblica, quale strumento per il raggiungimento degli obiettivi di salute, organizzata in Piani di attività rispondenti ai criteri definiti dalla DGR n. 322/2000, e richiamati dalla DGR n. 200/2013: *"analisi dei problemi, individuazione di obiettivi, definizione delle azioni, analisi degli interlocutori aziendali, della rete della prevenzione regionale ed esterni, individuazione dei professionisti partecipanti al singolo progetto, previsione dei tempi e delle risorse necessari, esplicitazione degli indicatori per la valutazione, individuazione delle responsabilità dirigenziali per ogni progetto"*. Lo stesso format per il Piano di lavoro è stato adottato da tutti i servizi del Dipartimento, che hanno garantito il mantenimento della produzione e dei livelli di copertura ispettiva consolidati.

La programmazione e la realizzazione dell'attività di vigilanza e controllo, in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro e impiantistica, hanno rispettato i criteri contenuti nella circolare 10 del 2014, come si può verificare dai Piani di lavoro di Servizio e dalla documentazione relativa alle singole aziende ispezionate.

Si è continuato a sviluppare l'interazione operativa con gli altri enti e servizi: in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, attraverso le sezioni permanenti, il tavolo romagnolo di coordinamento delle sezioni permanenti e le attività di vigilanza condotta in modo congiunto con gli altri soggetti istituzionali preposti ai controlli; in materia di Igiene e Sanità Pubblica, in collaborazione con Arpae, nel gruppo di lavoro regionale sulla qualità delle acque di balneazione e relative modalità operative e nell'attività congiunta di valutazione in materia urbanistica e di relazione tra ambiente e salute.

Sono stati istituiti appositi gruppi di lavoro per rendere omogenei i procedimenti operativi nei diversi ambiti territoriali, con conseguente miglioramento delle procedure per i professionisti del dipartimento e per l'utenza, maggiori efficienza nell'utilizzo delle risorse professionali ed efficacia delle azioni di vigilanza e

controllo. Sono state definite linee guida per gli stabilimenti termali, presentate in un incontro pubblico con le associazioni di categoria e gli operatori del settore, e per la valutazione delle relazioni tra ambiente costruito e salute. In questo settore di intervento si è prevista una valutazione dipartimentale delle attività produttive e di servizio con alta complessità e bassa frequenza, come indicato dalla DGR n. 200/2013.

Il ri-orientamento della funzione di vigilanza/controllo è stato sostenuto con uno specifico piano di formazione del personale, con contenuti di tipo metodologico, per quanto concerne la programmazione e l'esercizio della vigilanza, ma anche di tipo professionalizzante per accrescere le competenze tecniche e relazionali degli operatori. I gruppi di lavoro che hanno redatto le linee guida si sono svolti con le modalità della formazione sul campo/residenziale interattiva, con le stesse modalità si sono svolte le riunioni di servizio. Si è inoltre garantita la partecipazione agli eventi formativi e ai gruppi di lavoro regionali.

#### Indicatori e target

- E' stato raggiunto l'obiettivo del controllo del 9% delle aziende da verificare.
- Il sito web aziendale - nel 2016 - è stato in fase di ricostruzione; il DSP ha sopperito alla comunicazione delle informazioni inerenti la programmazione e la rendicontazione della propria attività attraverso l'organizzazione negli ambiti territoriali di iniziative con gli stakeholder per la presentazione dei piani di attività annuali.

#### **1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi**

Nel 2016 è stata condotta un'analisi di tutti i flussi informativi relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP e una valutazione del grado di completezza dei relativi sistemi informatici utilizzati (locali, quali Avelco incentrato sul sistema produttivo e Onivac incentrato sul cittadino; regionali, quali lo SMI) al fine di creare un sistema di indicatori per monitorare lo stato di avanzamento dei progetti delle UU.OO. del DSP e il grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget.

Si è progettato un sistema di indicatori che comprende:

- **Indicatori di contesto:** da utilizzare in piani pluriennali e a premessa dei piani annuali; possono essere di varia natura e devono annualmente cogliere gli elementi ambientali e i gradi di copertura delle attività rese sul contesto produttivo e sulla popolazione, con particolare riferimento agli standard normativi e/o regionali.
- **Indicatori di performance:** costituiti da Indicatori di Piani di lavoro ed Indicatori Budget per la verifica infrannuale a scadenza trimestrale. Gli indicatori dei Piani di lavoro, da utilizzare da parte delle singole UUOO scaturiscono dai piani che nel 2016 sono stati redatti su un format unico. In questo livello vengono declinati gli indicatori che concorrono a obiettivi aziendali/regionali e a quelli locali rilevanti per la produzione ed indicatori di prevalente interesse organizzativo. Per quanto riguarda, invece, gli Indicatori Budget, sono stati selezionati gli obiettivi per aree disciplinari (Igiene e sanità pubblica, Sicurezza sul lavoro ed Impiantistica, SIAN e Area Veterinaria) sulla base del criterio della rilevanza aziendale, in molti casi sommatoria di singoli piani di lavoro. Si è così costruito un sistema integrato fra budget e piani di lavoro che ha dato esito a 44 indicatori descrittivi dei livelli di produzione, base della negoziazione annuale. A questo farà seguito una reportistica per orientare il controllo direzionale: periodica, semplificata e facilmente realizzabile in automatico.

- **Indicatori per gli stakeholders:** ad andamento annuale, utili ai diversi portatori di interesse e alla programmazione futura, costituiti da sintesi dell'attività di vigilanza e controllo (DGR n. 200/2013 ) e di altre attività di sanità pubblica, in grado di rappresentare, insieme agli altri strumenti, in modo omogeneo, trasparente e continuativo i risultati ottenuti in termini quantitativi e parzialmente qualitativi (ambiti di intervento, volumi di attività, indici di copertura) dalle UUOO del DSP nei territori. A tal fine è stata predisposta una tipologia di reportistica che rappresenta il livello di intervento integrato dei Servizi del DSP sui singoli Comuni.

Questi panel, fra loro diversi ma integrati, sono in grado di dare un'immagine piuttosto articolata e completa dell'attività resa dal DSP, ma mentre i primi (contesto e performance) sono stati sperimentati e validati e andranno a regime a partire dal 2017, il terzo (indicatori per gli stakeholders) è stato solo progettato e verrà testato nel 2017 e messo a regime nel 2018.

E' stata garantita la qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni per i sistemi informativi previsti dal PRP, in particolare:

- Per il Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute) sono state realizzate e trasmesse tutte le rilevazioni previste per l'anno 2016 ed è stato prodotto un report Passi relativo al dato del territorio Romagnolo.
- Per il Sistema PASSI d'Argento: Operatori della Ausl della Romagna hanno partecipato agli incontri di formazione per l'avvio della rilevazione prevista nel 2017.

**Indicatore e target:**

Per il Registro regionale di mortalità i dati richiesti (anno 2016) sono stati trasmessi nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 ed è stato quindi conseguito l'obiettivo di avere almeno il 95% della completezza dell'archivio al marzo 2017.

Anche i dati relativi alla attività dei programmi di screening oncologici e vaccinazioni sono stati inviati nei termini previsti.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha collaborato al lavoro di progettazione (ancora in corso) per la riorganizzazione su base regionale di una rete di epidemiologia che consenta di ottimizzare le competenze epidemiologiche specializzate su ambiti definiti che nel tempo si sono sviluppate in alcune strutture e che possono fungere da riferimento regionale e di definire le attività epidemiologiche di base, da assicurare in tutte le AUSL, e quelle specialistiche a valenza regionale con funzioni di supporto tecnico e coordinamento.

<b>1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni</b>
--

Il governo della prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, fortemente presidiato a livello regionale, è garantito in Azienda dal Dipartimento di Sanità Pubblica che svolge il suo mandato sia sulla programmazione sia sulla gestione delle emergenze infettive, attraverso una forma di coordinamento tra le UU.OO. di Igiene Pubblica, per garantire unitarietà degli interventi e allineamento degli strumenti operativi (procedure, istruzioni operative) alle indicazioni regionali. Sul tema delle malattie da vettori nel 2016 è stato attivato un forte coordinamento ospedale-territorio, anche a causa dell'infezione da virus Zika e della numerosità degli specialisti clinici interessati, che ha previsto l'organizzazione di iniziative formative, la definizione di specifici percorsi (presa in carico della donna in gravidanza, esecuzione prelievi ematici a domicilio), l'aggiornamento delle procedura di inchiesta epidemiologica e conseguenti provvedimenti in carico all'Igiene pubblica in presenza di caso sospetto di Chikungunya, Dengue e Zika virus, la comunicazione aggiornata e regolare verso l'esterno (amministrazioni comunali, viaggiatori internazionali,

popolazione generale) anche per quanto riguarda il controllo della diffusione delle zanzare del genere *Aedes* e la protezione dalle punture.

Complessivamente sono stati presi in carico 70 casi sospetti di Chikungunya, Dengue, Zika e West Nile Disease e per tutti è stato assicurato l'inoltro del campione biologico al CRREM nei tempi e nei modi indicati dalla Regione.

Per dare attuazione alle azioni del PRP, che fra i vari progetti prevede di anticipare la diagnosi di malattia tubercolare e ridurre la sua trasmissione, è stato costituito un gruppo di professionisti delle UUOO di Igiene Pubblica che nel corso del 2016 ha realizzato due iniziative formative rivolte al personale sanitario (MMG, MCA, medici delle carceri e medici incaricati della valutazione sanitaria dei profughi), ha definito una reportistica annuale per descrivere l'andamento della malattia tubercolare in ambito aziendale e alcuni indicatori per monitorare gli esiti del trattamento e il fenomeno del ritardo diagnostico, ha avviato il confronto su un protocollo di gestione dei malati di TB con problemi sociali.

Per tutte le malattie infettive oggetto di specifica sorveglianza (in particolare: legionellosi, meningiti batteriche, epatiti virali, malattie trasmesse da alimenti) sono stati assicurati tempestività e accuratezza nell'esecuzione dell'inchiesta epidemiologica, il coordinamento degli interventi di sanità pubblica e dei contenuti della comunicazione, gli aggiornamenti e l'implementazione dello SMI, i percorsi e i flussi informativi individuati dalla Regione e l'adesione ai sistemi di ALERT.

Per quanto riguarda i programmi di vaccinazione della popolazione adulta e anziana e delle categorie a rischio, oltre a mantenere l'offerta della vaccinazione antidiftotetica e antimorbillo-parotite-rosolia ai soggetti suscettibili e ad assicurare le vaccinazioni previste per i viaggiatori internazionali, nel 2016 il Dipartimento di Sanità Pubblica, ha coordinato le varie fasi della campagna antinfluenzale stagionale in modo omogeneo definendo a livello aziendale tipologia e fabbisogno dei vaccini, modalità di partecipazione dei MMG, obiettivi di copertura, monitoraggio delle dosi acquistate e somministrate, contenuti della campagna informativa.

Anche se i dati di copertura non sono ancora definitivi la campagna antinfluenzale 2016-2017 ha evidenziato un incremento delle dosi registrate da tutti i soggetti vaccinatori, pari a + 5,40% rispetto alla campagna 2015-2016 e della copertura nella popolazione ultrasessantacinquenne (riferita ai presenti al 1/1/2016), che attualmente si attesta al 50% vs il 49,4%, dato definitivo della campagna 2015-2016.

Nel 2016 è stato aumentato l'impegno per incrementare le vaccinazioni contro le malattie invasive batteriche (in particolare la vaccinazione antipneumococcica) nei soggetti con patologie croniche e sono proseguite le iniziative formative promosse dall'Igiene Pubblica nei confronti dei MMG e di alcuni specialistici ospedalieri per un totale di 9 eventi realizzati nei quattro ambiti territoriali. Inoltre, è ad un buon punto di definizione l'introduzione nella lettera di dimissione ospedaliera di un campo obbligatorio con l'indicazione della vaccinazione antipneumococcica e antinfluenzale.

La riorganizzazione degli ambulatori vaccinali è iniziata già dal 2012 e ha portato alla chiusura complessiva di 16 sedi di cui (13 sull'ambito di Ravenna, 3 sull'ambito di Rimini). Nell'anno 2016 non sono stati chiusi ambulatori, ma è stato presentato un progetto di riorganizzazione che prevede una revisione della struttura dell'offerta a livello territoriale che andrà discusso e condiviso in Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria.

Preme evidenziare che sono stati organizzati numerosi corsi di formazioni su tutto il territorio aziendale rivolti a pediatri ospedalieri, pediatri di Comunità, PLS, MMG, ginecologi, ostetriche, gravide, genitori, popolazione generale.

Inoltre l'autonomia professionale delle assistenti sanitarie/infermiere è stata raggiunta in tutti gli ambiti territoriali.

Indicatori e target:

- Ad oggi, gli ambulatori ancora attivi che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno sono ancora 8. Tuttavia, non è stata effettuata nessuna chiusura rispetto all'anno 2015. E' stato predisposto un piano di riorganizzazione che andrà a breve in discussione della CTSS.
- La copertura vaccinale aziendale per le vaccinazioni obbligatorie al 24° mese è del 90,9% con variazione minima a Rimini 86% e massima a Ravenna 95%.
- Nel 2016 la copertura antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65anni ha raggiunto il 50% (su dati ancora non consolidati e quindi è probabile che la percentuale sia più alta).

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

I piani di attività 2016 di tutte le UU.OO. interessate alla sicurezza alimentare, sanità e benessere animale sono stati predisposti, in via sperimentale, secondo le indicazioni del PRI.

Vi è stato l'adeguamento atteso ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle *"Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria"* del 7.2.2013, recepito con DGR n. 1510/2013 per l'anno 2016.

Sono state realizzate le azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di *ufficialmente indenne* del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovicaprina e leucosi bovina enzootica.

Sono stati eseguiti i seguenti interventi di controllo, seguendo la programmazione regionale:

- allevamenti bovini registrati in BDN: n. 730
- allevamenti bovini controllati TBC: n.267
- allevamenti bovini controllati per leucosi bovina enzootica, brucellosi e per allevamenti dove sono stati fatti prelievi per compravendita: n. 149
- allevamenti ovicaprini registrati in BDN n. 1624
- allevamenti ovicaprini controllati per brucellosi n.611.

Al 31/12/2016 il 100% degli allevamenti bovini ed ovicaprini aveva la qualifica di ufficialmente indenne.

L'attività di controllo sul benessere animale e la farmacosorveglianza in allevamento è stata effettuata secondo gli standard definiti a livello regionale.

Indicatori e target:

- % allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA): obiettivo raggiunto = 98% (standard atteso ≥ 98%).
- PRI - Piano Regionale Alimenti: obiettivo raggiunto = 97% del programmato (standard atteso ≥ 95%).
- % allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti: obiettivo raggiunto = 25% (standard atteso ≥ 10% o 15% secondo la specie).
- % allevamenti controllati per farmaco-sorveglianza sul totale degli allevamenti: obiettivo raggiunto = 38% (standard atteso ≥ 33%).

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

L'Ausl della Romagna, nel corso del 2016, ha partecipato mediante il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e i Medici Competenti Aziendali a tutte le riunioni di coordinamento regionale, incentrate prevalentemente sui temi della prevenzione della tubercolosi e delle malattie trasmissibili per via ematica, del rischio biologico degli operatori sanitari ed idoneità lavorativa, del sistema informativo ed in particolare della cartella clinica per la sorveglianza sanitaria e delle possibili interazioni con il Documento di Valutazione dei Rischi. In relazione alle note trasformazioni aziendali, il Servizio di Prevenzione e Protezione si è organizzato in settori di studi e di interventi suddivisi per i principali agenti di rischio ed i Medici Competenti partecipano all'individuazione delle attività e delle misure atte a garantire il mantenimento e l'aggiornamento dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori.

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

La valutazione del rischio biologico è stata puntualmente effettuata per la tubercolosi, per la quale come noto è disponibile un metodo validato anche dalla RER, mentre per le malattie a trasmissione parenterale esiste una valutazione del rischio basata su c.d. metodo P x D o similari, comunque "aspecifici". Nel 2016 i medici competenti di questa Azienda hanno partecipato alla stesura del documento redatto dal gruppo di lavoro della Regione Emilia Romagna *"Rischio biologico, criteri per l'idoneità dell'operatore sanitario - principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella)"*. Il documento riporta i criteri per l'individuazione delle attività lavorative da considerarsi a rischio infettivo per terzi, per le vaccinazioni necessarie per svolgere tali attività e per le idoneità lavorative al loro svolgimento; a partire dal 2017 sarà applicato in maniera uniforme su tutto l'ambito aziendale.

##### Indicatori e target:

##### **- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari: obiettivo $\geq 34\%$**

L'indicatore è in fase di elaborazione; non appena sarà disponibile il ritorno informativo in SIVER verranno effettuate le opportune valutazioni. Nel corso del 2015 la percentuale di operatori sanitari vaccinati era stata del 16,5%, rispetto al 17,2% di media regionale.



## 2. Assistenza territoriale

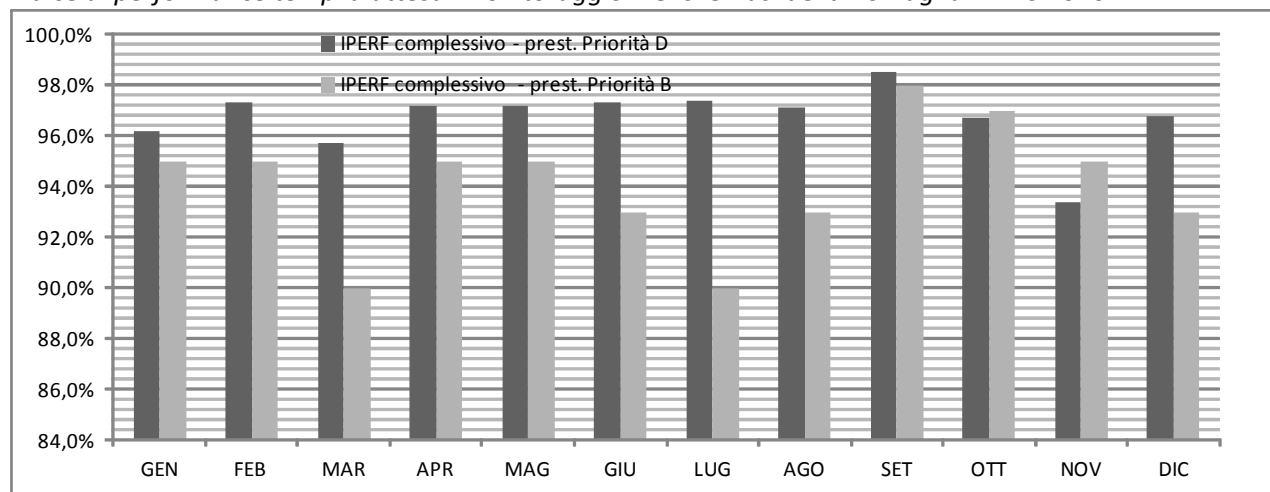
### 2.1 - *Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale*

In merito al raggiungimento degli obiettivi indicati a livello regionale nella DGR n. 1003/2016 “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2016” e nella DGR n. 377/2016 “Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione all’art. 23 della L.R. 2/2016” si evidenzia quanto segue.

#### Performance sui tempi di attesa

Nell’anno 2016, l’Azienda ha osservato un andamento dell’indice di performance prospettico dei tempi di attesa per prestazioni monitorate all’interno dell’obiettivo regionale del 90% nella maggior parte delle rilevazioni settimanali prospettiche (maps 2); il grafico che segue rappresenta sinteticamente l’andamento mensile dell’indice di Performance per l’Ausl Romagna sia per prestazioni di priorità D (programmabili - fonte dei dati sito regionale TDAER) sia per prestazioni di priorità B (urgenti differibili - fonte del dato: programma regionale ad accesso riservato Spago BI) .

*Indice di performance tempi d'attesa: Monitoraggio mensile Ausl della Romagna. Anno 2016*



#### Indicatore e target:

#### **- *Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS): obiettivo $\geq 90\%$***

Il risultato è stato raggiunto tramite una programmazione integrata orientata al miglioramento della capacità produttiva sia in ambito pubblico (attività Simil Alpi in orario infrasettimanale e/o dei fine settimana e 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 a volumi consolidati.

Relativamente alle prestazioni urgenti differibili va segnalato come nel 2016 sia stata iniziata un’azione di revisione/omogeneizzazione aziendale di linee guida prescrittive che si ritiene possa in futuro concorrere ad un ulteriore miglioramento delle performance.

Più nello specifico, nel 2016 sono stati mantenuti i contratti di fornitura con le strutture private accreditate utilizzando flessibilità per quanto concerne i livelli di committenza dei percorsi di garanzia in relazione all’andamento delle performance rilevate per le prestazioni monitorate settimanalmente tramite la reportistica MAPS2. La tabella che segue da evidenza dei livelli economici di committenza programmata.



committenza pogrammata nel 2016 con strutture private accreditate ( AIOP+ANISAP)					
volumi totali - prestazioni	valorizzazione economica totale (tariffa nomenclatore)	du cui percorsi di garanzia		du cui incremento offerta ad hoc	
		volumi prestazioni	valor. economica	volumi prestazioni	valor. economica
686.848	€ 27.539.737,34	101.243	€ 3.190.650,37	24.599	€ 837.160,22
la committenza comprende pacchetti di riconversione da budget ricoveri pari a € 4.331.627,00 (al netto del ticket)					

A quanto sopra si è affiancata la programmazione sinergica di attività pubblica in regime di Simil-Alpi - come da tabella sotto riportata - che ha riguardato sia visite che prestazioni di diagnostica, in larga parte attinenti prestazioni oggetto di monitoraggio, senza escludere altre tipologie prestazionali in criticità.

AUSL ROMAGNA-attività simil Alpi programmata per prestazioni ambulatoriali-2016			
Tipologia prestazioni	n°ore	n°Prestazioni	Costo st imato
Diagnostica	15.499	38.072	€ 953.950,00
Visite	5925	13.400	€ 360.957,00
<b>Totale</b>	<b>21.424</b>	<b>51.472</b>	<b>€ 1.314.907,00</b>

### Monitoraggio dell'applicazione DGR n. 377/2016

L'emanazione della L.R. 2/2016 (all'art. 23) e della relativa DGR applicativa n. 377/2016 ha impegnato l'azienda in un processo di avvio molto complesso che, in ogni caso, è stato dapprima improntato allo sviluppo delle modifiche informatiche degli applicativi CUP e di quelli dipartimentali in fase di refertazione, finalizzate alla tracciabilità delle disdette e degli "abbandoni".

L'azienda ha partecipato alla campagna di comunicazione pubblica avviata dalla regione per pubblicizzare l'entrata in vigore della legge e delle regole di disdetta al fine di informare al meglio i cittadini delle opzioni disponibili per non incorrere nella sanzione; da quanto appare dai dati rilevati e di seguito riportati, si è assistito ad un aumento di ricorso alla disdetta delle prenotazioni nel 2016 versus il 2015, pur evidenziando che le circolari applicative sono entrate in vigore progressivamente nel corso dell'anno.

*Disdette ad abbandoni di prenotazioni. Ausl della Romagna. Anno 2016 vs 2015*

Romagna	2015	2016	delta2016/2015
<b>Disdette</b>	285.590	335.930	50.340
<b>Abbandoni</b>	218.674	187.445	- 31.229

#### Indicatori e target:

- **numero di disdette: obiettivo incremento rispetto al 2015**

L'obiettivo è stato raggiunto, avendo riscontrato un incrementato rispetto al 2015 del 17,6% delle disdette.

- **numero di abbandoni: obiettivo diminuzione rispetto al 2015**

L'obiettivo è stato raggiunto, avendo riscontrato una riduzione rispetto al 2015 del 14,3% degli abbandoni.

## Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva

Per quanto concerne la verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità di cui al Decreto 9/12/2015, si è assistito ad una diminuzione di quasi il 20% di prestazioni erogate nel 2016 versus quelle erogate nel 2015, come rappresentato nella seguente tabella:

Romagna	Prestazioni soggette a condizioni di erogabilità		
	(conteggio delle prestazioni erogate)		
	2015	2016	Differenza %
Prestazioni erogate	1.468.995	1.180.777	-19,62%

L'andamento dei consumi in Romagna per RM oggetto della DGR 704 mostra una sostanziale costanza del tasso tra 2012 vs 2015 (si veda sottostante Tabella 1).

L'andamento dei consumi per l'insieme delle RM monitorate (si veda sottostante Tabella 2) evidenzia invece un incremento del tasso romagnolo del 2% nel 2015 vs il 2012, in linea con il dato regionale; a tale proposito la disaggregazione dei tassi per livelli di consumo distrettuali (si veda sottostante grafico 1) evidenzia il permanere di livelli di consumo assai differenziati con territori che si posizionano oltre il valore regionale (anche se con trend in progressiva diminuzione) e territori che mantengono livelli di consumi inferiori. In ogni caso, l'indice di consumo standardizzato romagnolo per l'anno 2016 (dato provvisorio di 69,7\*1.000) mostra un decremento del 9% versus il 2012, in questo caso confermando la tendenza al rientro progressivo dei livelli di consumo (dato provvisorio Regionale 2016 è 79,8\*1.000).

Tabella 1

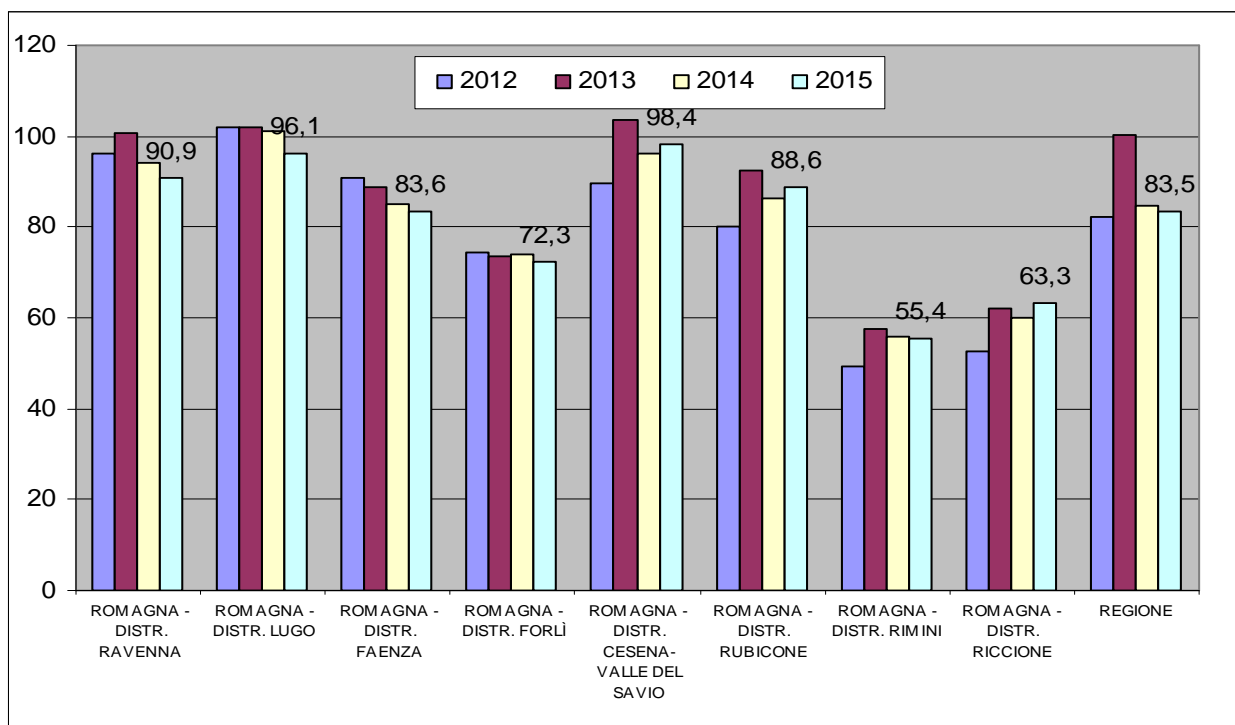
<b>RM a rischio di inappropriatelyzza- Indice standardizzato di consumo per Azienda USL di residenza (tutti i regimi di erogazione)</b>			
Singola prestazione: 88.93 - RM COLONNA, 88.93.1 - RM COLONNA, S/e con C, 88.94.1 - RM MUSCOLOSCHETTRICA, 88.94.2 - RM MUSCOLOSCHETTRICA, S/e con C			
Azienda USL di residenza	2012	2015	var% 2015 vs 2012
PIACENZA	60,1	55,5	-8%
PARMA	58,2	43,1	-26%
REGGIO EMILIA	65,1	63,3	-3%
MODENA	48,6	47,9	-1%
BOLOGNA	43	48,9	14%
IMOLA	51,5	68,2	32%
FERRARA	54,2	43,6	-20%
ROMAGNA	52,7	53,1	1%
TOTALE	52,9	51,5	-3%
RAVENNA	67		
FORLÌ	49,7		
CESENA	57,9		
RIMINI	36,1		

Tabella 2

<b>ASA- Domanda- Indici di consumo- Indice standardizzato per prestazioni monitorate per aziende di residenza- categorie critiche di RM tutti i regimi di erogazione (tasso x 1.000 abitanti)</b>						
Azienda USL di residenza	2012	2013	2014	2015	var 2015 vs 2012	2016
PIACENZA	79,8	106,9	81,3	77,5	-3%	Il tasso STD anno 2016 per l'azienda usl della Romagna è del 69,7 x 1.000 con una differenza versus il 2012 del -9% Il dato è da considerarsi provvisorio (elaborazione ausl Romagna)
PARMA	81	86,4	74,7	70,4	-13%	
REGGIO EMILIA	90,1	100,3	93,3	91,7	2%	
MODENA	73	87,8	75,5	77,7	6%	
BOLOGNA	80	107,1	84,8	83,2	4%	
IMOLA	84,9	108,3	93,7	102,2	20%	
FERRARA	112,3	169,3	116	113,4	1%	
ROMAGNA	77	82,5	79,2	78,4	2%	
TOTALE	82,2	100,1	84,5	83,5	2%	

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna (oro esclude le prestazioni di pronto soccorso e CBI); - La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012

Grafico 1



L'andamento dei consumi in Romagna per TAC oggetto della DGR 704 fra 2012 e 2015 mostra un sovraconsumo delle prestazioni del 6% (si veda sottostante Tabella 3).

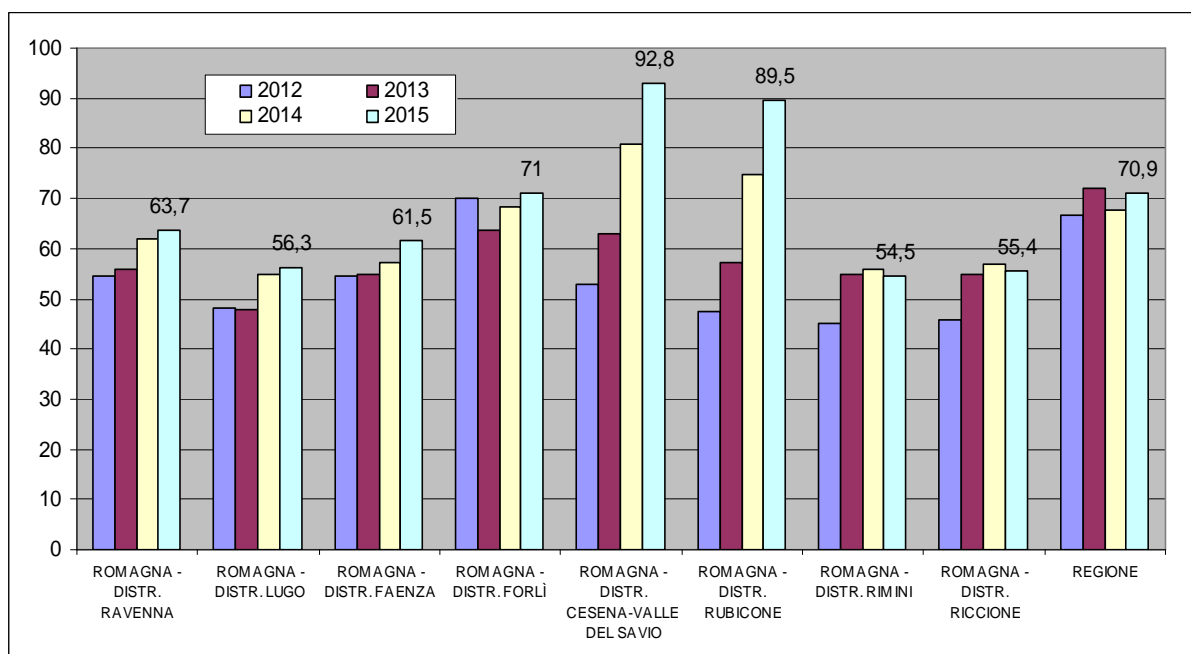
L'andamento dei consumi per l'insieme delle TAC monitorate (si veda sottostante Tabella 4) evidenzia un incremento del tasso romagnolo del 25% nel 2015 vs il 2012, da attribuirsi in particolare ad un incremento nell'area cesenate; infatti, la disaggregazione dei tassi per livelli di consumo distrettuali (si veda sottostante Grafico 2) evidenzia un tendenziale incremento in tutti i territori ma mentre la maggior parte di essi si mantiene entro il valore regionale quello cesenate mostra un incremento progressivo a partire dal 2013 che, negli anni 2013-2015, mostra valori superiori a quelli regionali. In ogni caso, l'indice di consumo standardizzato romagnolo per l'anno 2016 (dato provvisorio di 63,2\*1.000) mostra un incremento del tasso versus il 2012 del +19%, contro un differenziale 2012/2015 del + 25%; ciò starebbe a testimoniare una inversione di tendenza dei livelli di consumo osservati, in accordo anche con i dati dei volumi di prescrizioni derivanti dall'utilizzo del motore semantico.

*Tabella 3*

*Tabella 4*

12

Grafico 2



Nello specifico, per le prescrizioni RMN muscolo scheletriche e Tac osteoarticolari, l'utilizzo del "motore semantico" mostra margini importanti di recupero di appropriatezza, ancorché vada ribadito che l'attendibilità dei dati è subordinata ad un completamento della "istruzione semantica" delle regole inserite nel motore stesso, cosa che non è stata pienamente implementata in attesa dei nuovi Lea ed indicazioni uniformi di livello regionale. A riprova di ciò, verifiche campionarie effettuate da professionisti sui dati di appropriatezza ricavati dal Motore hanno invece spesso dimostrato l'appropriatezza delle prestazioni esaminate a fronte di una non appropriatezza attribuita dal motore.

In ogni caso, lo strumento rappresenta una finestra utile per verifiche che vanno approfondite però sul campo, al fine di individuare cluster di iperprescrittori e messa in campo di azioni mirate.

Nel 2016 è stata implementata, inoltre, sul motore semantico la funzione di estrapolazione delle prescrizioni effettuate direttamente dagli specialisti, per i quali si evidenzia un maggior livello di appropriatezza rispetto ai MMG per quanto attiene le TAC, ma minore per le RMN.

Il livello di prescrizioni derivate dal motore semantico mostra comunque una diminuzione significativa del numero delle prescrizioni sia di TAC che di RMN nel 2016 versus il 2015; mentre ciò è sicuramente evidente per le prescrizioni dei MMG e PLS (che rappresentano la quantità maggiore) per quanto concerne il numero di prescrizioni direttamente effettuate dagli specialisti si evidenzia un incremento che è però da attribuire alla messa a sistema degli applicativi aziendali di prescrizione della ricetta dematerializzata che, nel 2015, erano parzialmente disponibili.

analisi su prescrizioni MMG+PLS	n° di prescrizioni		
	2016	2015	Scost. %
TAC	5520	6.619	-16,60%
RMN	22947	30.168	-23,94%

analisi su prescrizioni degli specialisti	n°di presrizioni	
	2016	2015
TAC	2414	480
RMN	3593	1260

Vale la pena di evidenziare che nel 2016 sul versante più generale della appropriatezza, anche in ragione del fatto che l'Azienda della Romagna è oggetto di un processo di accorpamento di ex aziende, si è costituito un gruppo di lavoro aziendale denominato "Appropriatezza prescrittiva", coordinato dal direttore di Programma Cure Primarie, che ha affrontato il tema della definizione di indicazioni cliniche condivise tra le diverse categorie di prescrittori, in ordine alle prestazioni urgenti differibili.

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 (medici individuati di PS) ha partecipato sistematicamente a tutte le riunioni, per affrontare gli aspetti legati al coinvolgimento del PS 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).

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, fisiatria (ambulatoriale e domiciliare). E' inoltre conclusa la fase di confronto tra i professionisti ospedalieri (prima fase) per altre 4 discipline: gastroenterologia, neurologia, ORL, ortopedia.

E' tuttora in corso la fase di diffusione delle Linee Guida condivise a tutti i MMG e la loro integrazione in alcuni applicativi di cartella dei MMG (in particolare negli ambiti di Rimini e Ravenna), nonché all'interno della SSI (cartella regionale, in uso nel NCP Forlimpopoli/Bertinoro).

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 il 2017 è prevista la conclusione del lavoro iniziato nel 2016 per le 4 discipline citate e lo sviluppo di analoghe Linee Guida per le seguenti visite urgenti differibili: visita pneumologia, visita chirurgia vascolare, visita nefrologica, visita ematologica prioritaria e ORL urgente; si inizierà a lavorare anche sulla diagnostica partendo da ecocolordoppler arterioso prioritario e ecocolordoppler cardiaco prioritario.

#### Indicatori e target:

- **Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016: obiettivo riduzione  $\geq$  10% rispetto al 2015**

L'obiettivo è stato raggiunto, avendo riscontrato una riduzione del 19,6% delle prescrizioni rispetto al 2015.

- **Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza per almeno il 50% delle prescrizioni effettuate**

L'analisi delle prescrizioni derivate dal motore semantico mostra una diminuzione significativa del numero delle prescrizioni di MMG/PLS sia di TAC (-16,6%) che di RMN (-23,9%) nel 2016 versus il 2015; per quanto concerne il

numero di prescrizioni direttamente effettuate dagli specialisti, il dato 2016 non è raffrontabile al 2015 in quanto l'anno precedente non era a regime l'informatizzazione del dato.

**- *Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nel 2015 versus 2012: obiettivo riduzione  $\geq 20\%$***

L'indice di consumo di RM si è ridotto del 9% mentre l'indice di consumo di TC osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 è aumentato del 25%. Tuttavia, dai dati provvisori del 2016 tali indicatori appaiono entrambi in miglioramento.

## Prescrizioni e prenotazione controlli

Nel corso dell'anno 2016 si sono effettuate attività di rimodulazione delle agende di prenotazione fra prime visite e controlli prevedendo, da una parte, il passaggio da CUP ad autogestione per alcune categorie di controlli e, dall'altra, il passaggio da CUP ad autogestione di alcune agende connotate da specifico quesito diagnostico o da specifico distretto corporeo.

Più nello specifico sono transitate in autogestione da parte degli specialisti 10 tipologie prestazionali mentre si è definita prestazione di 2° livello la visita ortopedica dell'arto superiore eseguita presso l'UO Chirurgia della spalla operante nell'ospedale di Cattolica.

Questo processo è stato curato dalla rete dei referenti di direzione medica ospedaliera, creata alla luce della necessità di "accompagnare" questo processo all'interno del recente nuovo assetto dipartimentale ed in stretto raccordo con la cabina di regia aziendale sulla attività specialistica e dei tempi di attesa.

L'analisi della banca dati DEMA mostra in ogni caso un sensibile incremento nel 2016 delle prescrizioni effettuate direttamente da specialisti.

### Indicatore e target:

**- *numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA): obiettivo: incremento rispetto al 2015.***

L'analisi della banca dati DEMA mostra un sensibile incremento nel 2016 delle prescrizioni effettuate direttamente da specialisti.

Incremento delle prescrizioni degli specialisti		
N° prescriz.	verifica eseguita sulle ricette DEMA	
	2015	2016
	71.616	706.247

## Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN

Nel 2016 è stato costituito un tavolo tecnico per la costruzione del catalogo unico aziendale delle prestazioni, passaggio fondamentale anche per la implementazione di una nuova procedura informatica di CUP aziendale, sia per le prestazioni in SSN che in ALPI.

Tale passaggio di costruzione del catalogo risulta inoltre propedeutico anche alla marcatura delle prestazioni assoggettate a regime di non derogabilità in SSN al fine di poterle rendicontare distintamente.

Il contesto di partenza ha evidenziato 4 cataloghi già esistenti con grandi differenze dei sistemi di codifica, cosa che ha reso molto complessa la attività che pur essendo giunta nel 2016 ad un buon livello, non è stata completata di diversi applicativi di prenotazione delle prestazioni contribuisce ad aumentare la complessità di questa operazione.



Indicatore e target:

- **Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità (obiettivo = sì).**

Si presume il completamento della operazione sui cataloghi e quindi anche di marcatura delle prestazioni non erogabili entro settembre 2017.

## Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute

Nella tabella sottostante sono riportate le prestazioni erogate ad utenti in carico presso le Case della Salute romagnole per pazienti affetti da patologia cronica.

In tutti gli ambiti sono incrementati i pazienti in carico mentre il dato delle prestazioni risulta in diminuzione su Ravenna e Forlì ed in crescita su Rimini.

\*NOTA: i dati per l'ambito di Cesena non sono utilizzabili, al momento della stesura della relazione, in quanto il software dedicato non è disponibile. Si stima comunque che il numero di utenti presi in carico sia analogo al 2015 (1.236 pz. Diabetici da parte di 24 MMG).

Numero di utenti incaricati presso le CDS e n° prestazioni anni 2015/2016	2015		2016		diff. n° utenti in carico	diff. n° prest. 2016/2015
	n° utenti in carico	n° prest	n° utenti in carico	n° prest		
<b>Ambito di Rimini</b>						
patologie croniche cardiologiche, respiratorie, urologiche; amb.infermistic per complicanze diabete e per scompenso cardiaco	918	1.744	<b>1.932</b>	2.785	1.014	1.041
<b>Ambito di Ravenna</b>						
diabete mellito, patologia cardiovascolare, post IMA	2.839	10.728	<b>3.375</b>	5.420	536	-5.308
<b>Ambito di Forlì-Cesena</b>						
Forlì (pz diabetici e con scompenso cardiaco)	1682	4477	1971	3988	289	-489
Cesena	*Vedi nota		*Vedi nota			
<b>totale AUSL Romagna</b>	<b>5.439</b>	<b>16.949</b>	<b>7.278</b>	<b>12.193</b>	<b>1.839</b>	<b>-4.756</b>

## 2.2 - Le Case della salute e la continuità assistenziale

### Prevenzione primaria

Come previsto dal Piano regionale di Prevenzione 2015-2018 si conferma che è stata garantita l'implementazione degli interventi di medicina di iniziativa in concomitanza con il proseguimento dello sviluppo delle Case della Salute in tutti gli ambiti e in particolare rispetto alla prevenzione primaria e al progetto regionale "Lettura integrata del rischio cardiovascolare" negli ambiti di Rimini, Cesena e Ravenna: è stata portata a termine la fase di rivalutazione ad 1 anno dei pazienti 45-55 aa (popolazione target) che avevano aderito alla chiamata attiva della prima fase, mediante invito via lettera e successivo contatto telefonico diretto.

I risultati sono stati i seguenti (standard atteso del 50%):

- Rimini: casa della salute Bellaria, adesione del 78% della popolazione target;
- Cesena: casa della salute Valle Savio, adesione dell' 87% della popolazione target;
- Ravenna: casa della salute Brisighella, adesione del 85% della popolazione target;

- Forlì: casa della salute di Predappio, è stato realizzato il completamento della chiamata attiva dei pazienti eleggibili (prima fase) raggiungendo lo standard atteso del 100%.

### **Gestione integrata delle patologie croniche**

Per quanto riguarda la *“gestione integrata delle patologie croniche”* si descrive di seguito le attività portate avanti dai singoli ambiti

#### **AMBITO DI CESENA:**

Il secondo semestre 2016 si è contraddistinto dall'aver ultimato la seconda chiamata prevista dal percorso regionale “La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare” sulla CDS della Vallata del Savio che a visto coinvolti 12 MMG e 3 Infermieri, per una media di 6 ore Infermieristiche settimanali complessive. Pertanto per il 2016 si è mantenuto stabile l'impegno infermieristico sulla lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare implementando la chiamata attiva dell'assistito, inoltre il secondo semestre 2016 ha visto l'avvio della progettualità e degli incontri con i MMG per attivare lo stesso percorso sulla casa della salute di Cesenatico previsto per il 2017. Coerentemente al processo di implementazione e modernizzazione dei servizi offerti ai cittadini, si è ricercato nelle cure territoriali una valida risposta alla presa in carico assistenziale al di fuori dell'ospedale, rispondendo alla crescente domanda di tipo infermieristico/assistenziale, implementando dall'ottobre 2016, sulla sede di Corso Cavour 180 – Cesena, l'offerta dell'Ambulatorio Infermieristico Prestazionale sia attraverso una estensione delle fasce orarie di apertura, che delle prestazioni offerte. Nel secondo semestre 2016 si è ultimato il percorso di addestramento del personale infermieristico da dedicare alla gestione dell'ambulatorio della cronicità, sulla CDS di Savignano, strutturando una progettualità operativa e una documentazione cartacea da utilizzarsi nell'attesa di dotarsi di un idoneo programma informatizzato che semplifichi la raccolta e la lettura dei dati in modo integrato. Allo stato attuale si stanno raccogliendo le adesioni dei MMG al progetto “gestione integrata della patologia cronica secondo il Chronic Care Model”.

#### **AMBITO DI RIMINI:**

E' attivo l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico integrata del diabete mellito di tipo II con chiamata attiva dei pazienti presso tutte le case della salute e a rotazione in tutti gli NCP dell'ambito, e dello scompenso cardiaco nelle 3 case della salute medie (Morciano, Santarcangelo e Novafeltria).

#### **AMBITO DI FORLÌ:**

E' attivo l'ambulatorio per la presa in carico del diabete mellito di tipo II e dello scompenso cardiaco con chiamata attiva in tutte le case della salute (Forlimpopoli, Predappio, Rocca San Casciano, Modigliana) e nel NCP Forlì 4. Continua la progressiva inclusione di sedi sia all'interno delle Case della Salute sia nei Nuclei di Cure Primari; in particolare, nell'anno 2016 si sono implementati percorsi relativi al diabete e scompenso nella Casa della Salute di Rocca San Casciano e nel NCP n. 4 di Forlì. Inoltre si è iniziato a preparare risorsa e percorso della cronicità per il Nucleo dell'Alto Bidente, con sede a Galeata, per implementazione dei percorsi nel 2017. A tutto il 2016 si contano 8 sedi attivate per un totale ore pari a 127 al mese.

L'attività degli ambulatori della cronicità si sta consolidando in quelli attivati con risultati sul piano dei dati di attività e in continua collaborazione con i medici di medicina generale che si orientano verso una gestione integrata nella presa in carico della cronicità dei loro assistiti.

In merito all'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi si è realizzata la rilevazione del ACIC direttamente con operatori della Regione nella Casa della Salute di Forlimpopoli e Predappio. Per il questionario PACIC è stato elaborato con la Regione il protocollo di utilizzo ed è stata rinviata al 2017 la somministrazione con richiesta di collaborazione dei Comitati Consultivi Misti.

Risultati: Diabete: n. teste 1466, n. accessi 2553, Scompenso Cardiaco: n. teste 369, n. accessi 535, Polipatologie: n. 136.

#### *AMBITO DI RAVENNA:*

E' attivo l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico del diabete mellito tipo 2 in tutte le Case della Salute. Nella CdS di Russi è stato attivato anche l'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata dei pazienti affetti da post IMA. Presso la casa della salute di Russi è in attivazione l'ambulatorio per la gestione integrata dello scompenso cardiaco.

È in fase di condivisione il protocollo di presa in carico integrata sulla BPCO con il Dipartimento delle Malattie dell'Apparato Respiratorio e del Torace per l'avvio operativo nelle case della salute della Romagna per il 2017.

Gli strumenti **PACIC e ACIC** sono attualmente utilizzati esclusivamente presso l'ambito di Forlì: ACIC è stato applicato in collaborazione con la RER nella CdS 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 di personale RER per l'addestramento e la somministrazione iniziale degli strumenti nelle Case della Salute.

Nel periodo che va dal 1/1/16 al 31/12/16 sono stati presi in carico 485 nuovi pazienti (diabete mellito tipo II e post IMA) in carico effettivi. I pazienti ricontattati ad un anno che hanno accettato di essere rivalutati sono stati 51 nel percorso lettura del rischio cardiovascolare. In definitiva totale pazienti come nuove prese in carico per il periodo gen-dic 2016 in carico effettivi 536.

Inoltre sono state effettuate nello stesso periodo temporale di riferimento le seguenti prestazioni per i nuovi pazienti presi in carico nel periodo gennaio- dicembre 2016: 2275 visite di controllo (successive alla prima), 1192 Fundus Oculi, 1756 ECG, 197 esami ecografici dei tronchi sovraortici, 41 utenti hanno partecipato al counseling relativamente al Percorso Fumo, 2 utenti hanno partecipato al counseling relativamente al Percorso Obesità ed 1 utente ha partecipato al counseling relativamente al Percorso Sedentarietà. Sono stati attivati in tutte le case della salute gli ambulatori infermieristici per la gestione integrata della patologia cronica per la presa in carico degli assistiti affetti da Diabete mellito tipo 2. E' stata inserita negli applicati informatici dei MMG la cartella Infermieristica integrata informatizzata per la gestione delle patologie croniche. Nella CDS di Russi nel corso del 2016 anche la gestione integrata dei pazienti affetti da post IMA. E' stato condiviso il protocollo sulla gestione integrata della BPCO con l'avvio operativo nel corso dell'anno 2017. Nella CDS di Russi si è avviato la presa in carico del paziente fragile su progetto regionale "presa in carico della fragilità". La progetto RER sulla lettura integrata del rischio cardio vascolare è stato avviato presso la CDS di Brisighella nell'anno 2015 con completamento del percorso il 31 ottobre 2016. E' stato elaborato dal gruppo aziendale DCP Direzione infermieristica dei dipartimenti Cure primarie il documento Profilo di posto dell'infermiere nelle case della salute elaborato e concluso nel corso dell'anno 2016.

#### **Presa in carico della fragilità**

Negli ambiti di Rimini, Forlì e Ravenna il progetto di "presa in carico della fragilità" con definizione dei profili di rischio di ospedalizzazione è attualmente in corso secondo le azioni previste per il 2016:

##### *Rimini c/o casa della salute di Santarcangelo:*

dopo la presentazione del progetto in collaborazione con la RER e la Jefferson, sono state inviate e valutate le schede dei pazienti a rischio, rispetto alle quali sono state effettuate nel 2016 le seguenti attività:

- Attività di incontro con UO Post-acuti Ospedale di Santarcangelo per definire modalità di interfaccia fra MMG e UO nelle dimissioni dei pazienti «più problematici» e definire modalità di scambio informazioni e valutazione delle terapie croniche riguardanti i pazienti sia in fase di ammissione che in dimissione dall'UO Post-acuti;
- analisi degli elenchi personali di pazienti ad alto/molto alto rischio di ospedalizzazione e valutazione delle aree di miglioramento. Per una buona percentuale di pazienti (circa 80%) a rischio molto alto sono state suggerite le forme giudicate potenzialmente utili:
  - ✓ avviare i pazienti ad ambulatorio dedicato per scompenso (ambulatorio specialistico dedicato), per BPCO e per Cardiopatia ischemica cronica;
  - ✓ rivedere le terapie croniche con gli specialisti di riferimento;
  - ✓ attività di incontro con il medico referente dell'Ambulatorio di Riabilitazione cardiologica per individuare soggetti a più alto rischio di recidive (per rischio clinico, precedenti di non compliance a terapia, condizioni socio-economiche, etc) da proporre a follow-up più stretto rispetto al tradizionale concordato con la UO Cardiologia.
- Revisione dei casi di scompenso afferenti all'ambulatorio infermieristico attraverso briefing tra i singoli MMG, il referente infermieristico e il medico della UO Medicina.

*Ravenna c/o casa della Salute di Russi:*

nel 2016, è continuata la presa in carico del paziente fragile secondo il progetto regionale. Sono stati individuati 456 utenti a “rischio alto” e sono stati effettuati questi interventi:

- in 50 casi si è invitato il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata della cronicità (Diabete, BPCO, Scompenso, Malattie cardiovascolari, Insufficienza renale);
- in 47 casi si è attivata ADI;
- in 369 casi è stata riconsiderato l'approccio farmacologico;
- in 70 casi è stato sollecitato il paziente ad una maggiore compliance alla terapia;
- in 20 casi si è riscontrato contesto familiare precario, situazione di fragilità sociale.

I pazienti che sono stati individuati a “rischio molto alto” sono stati 316 e sono stati effettuati questi interventi:

- in 5 casi si è invitato il paziente ad entrare in un programma di gestione integrata della cronicità (Diabete, BPCO, Scompenso, Malattie cardiovascolari, Insufficienza renale);
- in 55 casi si è attivato ADI;
- in 210 casi si è Riconsiderato l'approccio farmacologico;
- in 10 casi si è Sollecitato il paziente ad una maggiore compliance alla terapia;
- in 8 casi si è riscontrato contesto familiare precario, situazione di fragilità sociale.

*Forlì c/o casa della salute di Forlimpopoli:*

utilizzo dello strumento e mantenimento delle azioni intraprese. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con RER presso la Casa della Salute di Forlimpopoli e monitorato come previsto dagli step regionali e in ottemperanza agli indicatori inseriti nel PRP 2015/2018 come indicato nella relazione del referente regionale Dr. Boni Stefano.

*Cesena c/o casa della salute della Vallata del savio:*

Il secondo semestre 2016 si è contraddistinto dall'aver ultimato la seconda chiamata prevista dal percorso regionale "La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare" sulla CDS della Vallata del Savio.

### **2.2.1 - Ospedale di Comunità**

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 e tutti situati sul territorio della provincia di Forlì-Cesena: a Modigliana, a Savignano sul Rubicone, a Forlimpopoli e a Mercato Saraceno. I dati di attività relativi all'anno 2016 sono riportati nella seguente tabella:

Indicatori	Anno 2016			
	Forlimpopoli	Modigliana	Savignano	Mercato
N.posti letto Osco	28	14	6	4
N.ricoveri	521	136	84	26
% deceduti	2%	7%	5%	4%
% dimessi a domicilio	71%	57%	64%	58%
% dimessi con dimissione protetta	17%	30%	24%	19%
Giornate di degenza	9.830	3.899	2.108	713
Degenza media in gg	19	29	25	27
Tasso di occupazione OSCO	96%	76%	96%	49%

La degenza media per ricovero va dai 19 giorni dell'OsCo di Forlimpopoli ai 29 di quello di Modigliana (media regionale 23 giorni). Il tasso di occupazione raggiunge il 96% a Forlimpopoli e Savignano, il 76% a Modigliana e il 49% 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).

Infine, per quanto riguarda la corretta alimentazione del flusso informativo SIRCO, si conferma che le schede vengono trasmesse regolarmente a cura dei referenti locali senza scarti.

## 2.3 - Cure Primarie

### 2.3.1 - 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.

#### Indicatori e target

- **numero di malati nei quali il tempo massimo d'attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: obiettivo  $\geq 80\%$**

A tale indicatore è stato conseguito un risultato aziendale pari al 55,3%, pertanto al di sotto dello standard atteso.

- **numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica: obiettivo  $\leq 20\%$**

In Ausl Romagna il numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni non raggiunge l'obiettivo previsto di essere  $\leq 20\%$ , essendo tale valore del 28%. Comunque, la performance risulta migliore del 30,3% registrato a livello regionale.

HOSPICE	Anno 2016							
	<8		8-29		>29		TOTALE	
	Ricoveri	%	Ricoveri	%	Ricoveri	%	Ricoveri	%
HOSPICE ROMAGNA	471	28,0	926	55,1	285	16,9	1.682	100,0
VALORI REGIONE	1639	30,3	2757	51,0	1005	18,6	5.401	100,0

- **Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore: (standard di riferimento  $\geq 65\%$ ).**

L'indicatore è in fase di elaborazione; non appena sarà disponibile il ritorno informativo in SIVER verranno effettuate le opportune valutazioni. Nel corso del 2015 la percentuale di deceduti per tumore assistiti dalla rete cure palliative era stata del 64,3%, rispetto al 63,8% di media regionale.

### 2.3.2 - Continuità assistenziale – dimissioni protette

Partendo da esperienze e organizzazioni diversificate nei diversi ambiti territoriali della AUSL Romagna, nel corso del 2016 si è deciso di intraprendere un percorso di confronto finalizzato allo sviluppo di un sistema omogeneo e integrato di raccordo tra ospedale e rete dei servizi territoriali. A tal fine è stato costituito un

gruppo di lavoro che ha effettuato una ricognizione dell'esistente e prodotto un documento di proposta di un modello omogeneo su tutto l'ambito aziendale.

Gli obiettivi perseguiti sono quelli di favorire un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera, anche attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio, ridurre la frammentazione degli interventi, garantire una gestione il più possibile integrata e multi professionale delle dimissioni protette. Di seguito attività e risultati per ambito territoriale

#### **FORLÌ**

Le dimissioni protette verso ADI nel 2016 sono state 269, ovvero il 19% in più rispetto al 2015 segnando un lieve ma costante aumento. Le dimissioni protette con valutazione UVM sono state 1.660 e quelle con attivazione UVG in Ospedale e OsCo sono state 123.

Permangono problemi di descrizione omogenea in azienda rispetto alla lettura dei dati delle dimissioni protette e l'aspetto legato alle mancate dimissioni protette per segnalazioni intempestive, che nel 2015 furono 100 e nel 2016 sono state 75.

La procedura "Dimissione Protetta verso ADI" è presente da anni nel territorio di Forlì, ma necessita sempre di una manutenzione costante con le UO invianti.

La dimissione protetta verso ADI prevede la presa in carico direttamente dall'UO di cura dell'operatore di riferimento come bisogno prevalente e come zona di appartenenza.

Nel 2016 è stata redatta la procedura UVM/UVG che condivide le modalità di valutazione con le UO territoriali (OsCo) e le UO Ospedaliere. La procedura UVM/UVG garantisce la presa in carico tempestiva in coerenza con i bisogni sanitari e sociali rilevati e condivisi con la persona e la famiglia.

#### **CESENA**

In merito alle dimissioni protette si conferma, negli ultimi 2 anni, una stabilizzazione del numero di assistiti, attestatosi intorno ai 550 pazienti annui, come da tabella seguente:

*Dimissioni Protette. Anno 2016 vs 2015*

Anno	N° pazienti trattati	N° richieste evase
2015	554	707
2016	553	668

#### **RIMINI**

È stata attivata la presenza del Case Manager del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) presso la sede NuCOT a seguito del trasferimento di sede del Servizio Infermieristico Domiciliare presso il Padiglione di via Ovidio. Ciò ha garantito un miglioramento dell'interfaccia sia con gli operatori NuCOT sia con i Servizi Sociali del Punto Unico e le varie UU.OO. A tal proposito, si sottolinea la presenza costante del Case Manager ADI presso le UU.OO, con valutazione della presa in carico già durante il ricovero soprattutto per facilitare il lavoro nelle situazioni di difficile dimissione.

#### **RAVENNA**

Gli obiettivi perseguiti sono quelli di favorire un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture a cerniera, anche attraverso un costante monitoraggio dei progetti di invio per garantire al cittadino, oltre alla continuità di cura anche la personalizzazione del setting assistenziale più appropriato in relazione ai bisogni, e la riduzione della frammentazione degli interventi.



Indicatore e target:

**- Numero di dimissioni protette con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni: obiettivo >=50%**

Ambito di Rimini: 1115/2167 = 51.5% (la percentuale è del 69% se si escludono le prestazioni differibili)

Ambito di Ravenna: 4928/6907 = 71,3%

Ambito di Forlì: 269/269 = 100% su segnalazioni tempestive

Ambito di Cesena: 438/668 = 65.6 %

**2.3.3 - Percorso 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.).

Nei consultori dell'azienda viene garantita l'assistenza alla gravidanza e viene promossa l'assistenza ostetrica alla fisiologica. 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.

Nella tabella che segue vengono riassunti gli indicatori e il raggiungimento degli obiettivi ad essi collegati per ciascun ambito:

Indicatori	Cesena	Forlì	Rimini	Ravenna	Faenza	Lugo
Ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 100%	1948 parti	1113 parti	2806 parti	1386 parti	636 parti	603 parti
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 0%	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentuale di tagli cesarei primari: obiettivo per Hub < 25%; per Spoke < 15%	16,5%	13,8% spoke	12%	18,4%	15,5% spoke	13,4% spoke
Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti >= 46% (media regionale 2015)	96,6%	70%	78,4%	60% complessivo nei tre distretti		

Indicatori	Cesena	Forlì	Rimini	Ravenna	Faenza	Lugo
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare - obiettivo $\geq 55\%$ (media regionale 2015)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare – obiettivo $\geq 22,5\%$ (media regionale 2015)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: obiettivo per Hub: $\leq 9\%$ (valore medio del 2015); per Spoke: $\leq 6,5\%$ (valore medio degli spoke con numero parti $>1.000$ )	9,3%	7,3% Spoke $>1000$	5,09%	7,65%	6,7% Spoke $<1000$	6,47% Spoke $<1000$
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) – obiettivo: per Spoke con numero parti $< 1.000$ = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson	NA	NA	NA	NA	2%	0,66%

### 2.3.4 - Salute riproduttiva

Nei consultori distribuiti nel territorio romagnolo sono state promosse delle iniziative per favorire l'accesso degli adolescenti e dei giovani adulti: incontri con i MMG, rivisitazione dei percorsi ospedale-territorio, incontri con la popolazione, produzione di materiale audiovisivo e cartaceo per la promozione degli Spazi Giovani e campagne informative presso i principali istituti scolastici.

#### Indicatori e target:

#### - **Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop. 14-19 anni: obiettivo incremento $\geq 5\%$ rispetto al 2015**

Per quanto riguarda la percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto alla popolazione residente, c'è stato un sostanziale mantenimento della situazione al 2015. Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo dell'incremento del 5% rispetto al 2015 per il fatto che, specie in alcune sedi, gli Spazi Giovani hanno visto un drastico calo di risorse e quindi minore offerta in termini di ore complessive.

UTENTI 2015: 985 (RN) + 661(CE) + 2.324 (RA) + 711 (FO) = 4681

POPOLAZIONE TARGET allo 01/01/2016 = 57.814

PERCENTUALE UTENTI 14-19 ANNI = 8,09%

UTENTI 2016: 936 (RN) + 681(CE) + 2.061 (RA) + 717 (FO) = 4395

POPOLAZIONE TARGET allo 01/01/2016 = 57.814

PERCENTUALE UTENTI 14-19 ANNI = 7,6%

#### - **Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti**

Nessuno dei territori ha attivato uno specifico spazio di accesso facilitati per giovani adulti, ma sono allo studio proposte che cerchino anche di omogeneizzare l'offerta su tutto il territorio aziendale

### 2.3.5 - Promozione della salute in adolescenza

I risultati vengono riferiti agli anni scolastici. Nell'anno scolastico 2015-2016 sono stati raggiunti complessivamente 7.650 studenti delle scuole secondarie di 1° grado e 27.180 studenti delle scuole secondarie di secondo grado.

Nell'anno scolastico 2014-2015 erano stati raggiunti complessivamente 9.657 studenti delle scuole secondarie di 1° grado e 21.983 studenti delle scuole secondarie di secondo grado.

I dati sono comprensivi degli interventi sull'educazione alla salute e alla sessualità, svolti in larga parte dai consultori con un minimo contributo della sanità pubblica, e di tutti gli altri interventi svolti da vari servizi (relativi a contrasto al fumo, dipendenze, sana alimentazione, ecc...) anche in collaborazione con associazioni ed enti territoriali (IOR, ecc...)

Il dato degli studenti per omogeneità di calcolo è stato ricavato, in entrambi gli anni scolastici, moltiplicando il numero di classi raggiunte per il numero medio di studenti per classe (22,5).

La differenza complessiva risulta +3.691 studenti raggiunti. Poiché l'indicatore è riferito solo alla popolazione 14-19 anni, si considerano solo le scuole secondarie di secondo grado, con una differenza in studenti raggiunti pari a +5.198.

Indicatori e target:

- **Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni): obiettivo incremento  $\geq$  5% rispetto al 2015**

Rispetto alla popolazione 14-19 anni all'1.1.2016 (57.814) l'incremento è pari al 9%.

### **2.3.6 - Percorso IVG**

Il percorso IVG garantisce l'uniformità e l'equità di accesso alle IVG a livello aziendale e alle diverse metodiche, come da obiettivo di cui alla DGR 1003/2016.

Il dato è stato sistematicamente inserito nel sistema informativo regionale dedicato alle IVG ma al momento della presente rendicontazione non è ancora disponibile una elaborazione definitiva da parte della Regione. Tuttavia, il risultato ricavato dai dati provvisori a disposizione evidenzia che non è ancora raggiunto su tutti gli ambiti aziendali lo standard previsto inferiore al 25% di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione

### **2.3.7 - Procreazione Medicalmente Assistita**

E' stata assicurata la partecipazione al percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA di II/III livello, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti.

In data 5/6 ottobre 2016 si è tenuta la visita ispettiva presso il centro del Presidio Ospedaliero di Lugo per la valutazione dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei centri di PMA di II/III livello per l'autorizzazione regionale dei centri PMA, verbalizzata con esito positivo.

In data 15.12.2015 si è tenuta la prima visita ispettiva presso il Presidio di Cattolica, seguita da una seconda visita nel settembre 2016 e si è in attesa della restituzione finale del verbale, dopo richiesta di documentazione aggiuntiva.

Come da obiettivo previsto è stata garantita l'implementazione del sistema informativo con l'inserimento dei dati di tutti i donatori di gameti, oltre che nel programma informatico locale, anche in quello regionale.

Il progetto relativo alla fecondazione eterologa, procede inoltre seguendo il calendario di incontri in Regione, con la partecipazione di più figure professionali.

E' stata garantita la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la realizzazione della lista di attesa unica regionale.

E' stata avviata un'attività di promozione della donazione su materiale promozionale ricevuto dalla regione.

### **2.3.8 - Contrasto alla violenza**

L'Ausl 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" (2015); 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 una 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.

L'Ausl ha costantemente lavorato per dare piena attuazione alla DGR 1102/2014 in stretto raccordo con gli enti locali.

### **2.3.9 - Assistenza pediatrica**

#### **Antibiotico resistenza**

Al fine di promuovere la lotta all'antibiotico resistenza sono stati distribuiti ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica in quantità proporzionale al numero di assistiti.

Sempre per promuovere la lotta all'antibiotico resistenza sul versante ospedaliero, nel 2016 è stato assegnato un obiettivo specifico alla Chirurgia pediatrica di Rimini sull'appropriatezza d'uso degli Antibiotici sistemici (J01), con adozione dei protocolli di profilassi antibiotica proposti dal Programma Aziendale "SPIAR". L'U.O. di Chirurgia pediatrica di Rimini ha prodotto istruzioni operative in collaborazione con il Team Operativo Locale (ex-CIO) di sede.

In merito agli indicatori previsti dalla DGR 1003/2016 (tasso di prescrizioni di antibiotici e percentuale di prescrizione di amoxicillina clauanato/amoxicillina), al momento non è possibile valutare il raggiungimento dei target in quanto è in corso l'elaborazione dei dati 2016 da parte degli organismi regionali.

#### **Allattamento**

I dati sotto riportati sulle modalità di allattamento dei lattanti a 3 e 5 mesi dalla nascita provengono dal Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva – SaPeRiDoc:

Lattanti a 3 mesi	Esclusivo	Predominante	Complementare	Non AS
<b>Romagna</b>	<b>52,3%</b>	<b>4,6%</b>	<b>23,0%</b>	<b>20,1%</b>
Ravenna	52,1%	5,0%	21,2%	21,7%
Forlì	51,9%	4,2%	25,9%	18,1%
Cesena	52,0%	4,8%	27,2%	16,0%
Rimini	55,1%	5,4%	23,2%	16,3%

Lattanti a 5 mesi	Esclusivo	Predominante	Complementare	Non AS
<b>Romagna</b>	<b>35,5%</b>	<b>6,5</b>	<b>28,6</b>	<b>29,4</b>
Ravenna	32,3	6,7	29,3	31,7
Forlì	31,8	5,3	33,6	29,3
Cesena	42,9	5,3	27,9	23,9
Rimini	35,4	8,7	30,3	25,6

Gli standard regionali previsti sono stati raggiunti a livello aziendale sia per i lattanti a 3 mesi (allattamento esclusivo > 52%; non allattamento < 23%) sia per i lattanti a 5 mesi (allattamento esclusivo > 33%; non allattamento < 32%). Occorre evidenziare che l'analisi per ambito evidenzia alcuni territori in cui l'obiettivo dell'allattamento completo, sebbene con valori prossimi allo standard non è stato raggiunto. In particolare, si tratta dell'allattamento esclusivo a 5 mesi per gli ambiti di Ravenna (32,3% raggiunto vs 33% standard atteso) e Forlì (31,8% raggiunto vs 33% standard atteso).

### **2.3.10 - Formazione specifica in medicina generale**

#### **Attività Pratica**

Per i corsi 2013-2016, 2014-2017 e 2015-2018 l'attività pratica, territoriale e ospedaliera, è proseguita nell'anno 2016 nei diversi ambiti aziendali (Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna) e nell'area di Ferrara secondo quella che era la programmazione assegnata all'avvio degli stessi e definita a livello regionale. Ogni medico in formazione è stato seguito dai rispettivi tutor di riferimento, uno ospedaliero ed uno territoriale.

Tale rete tutoriale ha garantito il livello di qualità dello stage formativo previsto dalla programmazione e un punto di riferimento costante per il medico in formazione.

Per il triennio 2016-2019 è stato avviato un progetto di riorganizzazione a seguito di un'analisi interna effettuata in concerto con il Coordinatore delle attività Pratiche. Si è rivista la mappatura dei tutor al fine di riallinearla al modificato assetto organizzativo dell'AUSL della Romagna e sono stati attivati confronti sistematici con la rete tutoriale al fine di garantire livelli di performance sempre più elevati.

#### **Attività Seminariale**

L'Azienda ha messo a disposizione gli spazi idonei per lo svolgimento dell'attività didattica teorica.

Le aule individuate hanno risposto appieno alle esigenze didattiche (videoproiettore, ecc.) ed organizzative del corso (spazi e capienza) anche in considerazione che tali aule sono state oggetto di autorizzazione e accreditamento regionale per l'attività istituzionale demandata all'AUSL.

### **2.3.11 - Valutazione e qualità delle cure primarie**

E' stato promosso il ricorso agli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale, favorendo il confronto tra professionisti delle cure primarie, professionisti territoriali e specialisti ospedalieri. Sono stati inviati ai Coordinatori di Nucleo i profili annuali che sono stati poi discussi negli incontri di Nucleo con tutti i MMG, da cui sono scaturite delle analisi sulle prescrizioni farmaceutiche, di laboratorio e sulle indagini radiologiche strumentali nell'ottica di un miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva. Un progetto di particolare rilevanza, che ha coinvolto tutti i NCP nel 2016, ha riguardato

l'analisi e il miglioramento della prescrizione dei PPI, progetto che si è avvalso anche dei dati contenuti nei profili di NCP.

Particolare attenzione è stata rivolta inoltre alle popolazioni di pazienti coinvolti in percorsi formalizzati, quali:

- Gestione integrata progetto diabete;
- Dimissione protetta;
- Assistenza domiciliare al paziente oncologico;
- Presa in carico dei disturbi psichiatrici minori (Programma Leggieri).

Queste azioni di verifica e analisi sono state svolte nel 100% dei NCP.

In tutti e 4 gli ambiti territoriali sono stati organizzati incontri con i PLS per la presentazione dei profili di nucleo e del portale regionale.

E' stato progettato, presentato a tutti i PLS ed attuato in tutti gli ambiti territoriali il percorso di miglioramento derivante delle Linee Guida Regionali sulla Faringotonsillite in età pediatrica e successiva fornitura a tutti i PLS dei kit per l'esecuzione dei test rapidi per l'identificazione dello streptococco.

Il contributo alla compilazione del flusso dati regionale sulle Cure Primarie (Osservatorio Cure Primarie) è assicurato dalle UU.OO. Cure Primarie della Romagna, sia per la parte relativa ai NCP che per le informazioni sulle Case della Salute.

Sono state attribuite dalla RER le credenziali agli operatori coinvolti ed è stata completata la compilazione dei questionari online entro il 31/12/2016.

## **2.4 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche**

### **2.4.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018**

Nella tabella che segue viene sintetizzato il raggiungimento degli obiettivi legati al Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016):

INDICATORI	RIMINI	FORLI'	RAVENNA	CESENA	RISULTATO
<b>Garantire l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni</b> <u>Indicatore e target:</u> <b>n. protocolli applicati su nuovi casi 0-17 (obiettivo = 100%)</b>	N° 44/44	N° 13/13	N° 36/36	N° 13/13	Obiettivo raggiunto: I protocolli diagnostici vengono applicati a tutti i nuovi casi con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

INDICATORI	RIMINI	FORLI'	RAVENNA	CESENA	RISULTATO
<p><b>Facilitare l'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (centri spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni con sospetto di disturbo dello spettro autistico, (CHAT positiva o dubbia al bilancio di salute dal 20° al 24° mese) al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento</b></p> <p><u>Indicatore e target:</u> n. bambini con sospetto disturbo dello spettro autistico che accede ai servizi entro 30 gg. sul totale (obiettivo = 100%)</p>	<p>N° 4/18</p> <p>Avviene l'invio diretto dal PLS per sospetta patologia della comunicazione ma la Chat+ non è pervenuta</p>	<p>N° 14/14</p> <p>Invio dal Servizio territoriale. NB: Non è previsto l'accesso diretto allo Spoke con Chat+ su invio dei PLS</p>	<p>N° 26/26</p> <p>Per 25 bambini l'invio è stato dal territorio o diretto dalle famiglie, solo 1 su invio dei PLS per CHAT dubbia</p>	<p>N° 29/29</p> <p>N. 19 con CHAT (accesso diretto al TEAM) e N. 10 inviati da NPI entro 30gg.</p>	<p>Obiettivo raggiunto con l'eccezione dell'ambito di Rimini, in cui si è realizzato l'invio ma senza il trasferimento anche della Chat+</p>
<p><b>Effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta</b></p> <p><u>Indicatore e target:</u> n. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico (obiettivo =100%)</p>	<p>N°5/12</p>	<p>N° 0/1</p> <p>NB La rivalutazione per il passaggio al servizio adulti (psichiatria) è effettuata al 19° anno</p>	<p>N°0/7</p>	<p>N. 0/5</p> <p>La rivalutazione per il passaggio all'età adulta viene effettuata poco prima del 18° anno</p>	<p>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</p>

#### 2.4.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

##### Budget di Salute

Per quanto concerne le risorse aziendali messe a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute si evidenzia quanto segue:

i diversi ambiti Aziendali hanno prodotto esperienze legate alle condizioni e opportunità locali, sostenute in modo conseguente dall'AUSL.

Nell'ambito di **Rimini**, nel corso del 2016 è stata consolidata la prassi instaurata già da alcuni anni che vede gli operatori CSM impegnati nella realizzazione di progetti individualizzati BdS: questa modalità, che ha avuto inizio nella seconda metà del 2013, ha visto un aumento numerico graduale, nel solo anno 2016 sono stati fatti n. 9 Budget di salute di cui n. 5 erano rinnovi di progetti già in essere, questo a fronte di una tipologia di progetti integrati che richiede un impegno maggiore di tutto il personale del CSM e una collaborazione costante con enti, associazioni e familiari sia nella fase di progettazione/definizione che nella concreta realizzazione degli interventi stabiliti. In sintesi: un investimento aziendale di 47.700 euro.

Nell'ambito di **Cesena**, al di là del Residuo del Fondo Regionale per l'Autonomia Possibile per BDS dalle risorse aziendali, analogamente all'anno precedente sono stati utilizzati 45.000 euro per Servizi Sanitari Assistenziali Riabilitazione/ADI e circa 90.000 euro per capitolo Borse Lavoro/Tirocini Formativi/IPS; oltre a



questo sono state utilizzate risorse di personale CSM (Area Riabilitazione) dedicato al progetto BDS: 3 Medici, 2 Assistenti Sociali, 1 Infermiera, 1 Educatore, 1 Amministrativo.

A **Forlì**, consolidando l'esperienza del 2015 si sono realizzati progetti utilizzando personale del CSM (6 assistenti sociali ed 1 educatore in particolare) e sono stati previsti ed utilizzati, oltre al Fondo Regionale per BDS, 90.000 euro per contributi riabilitativi e circa 90.000 euro di Servizi Sanitari e Riabilitativi (assistenza domiciliare); le risorse BDS legate agli inserimenti lavorativi non sono invece state utilizzate nelle more dell'adeguamento alla normativa regionale sui Tirocini.

A **Ravenna** l'impegno aziendale si è mantenuto su circa 50.000 euro, che hanno costituito in modo diversificato il supporto ai progetti personalizzati.

Concludendo, le risorse aziendali (escludendo i costi relativi al personale) riconducibili a progetti di BdS sono calcolabili, in via diretta ed in via indiretta (CdC riconducibili) in 412.700 euro.

### **Formazione su Budget di Salute**

Nell'ambito della promozione di azioni di formazione, si è realizzato un Corso di Formazione Interdipartimentale per Operatori del Servizio Pubblico e del Privato Sociale Accreditato e Non Accreditato che ha riservato eventi formativi specifici sul BdS, con partecipazione molto ampia (circa 100 operatori).

Nel 2016 è stato programmato, e successivamente attuato un evento formativo mediante Open Space Technology, che ha visto la partecipazione di 400 partecipanti per la implementazione diffusa nel territorio del BdS, con le Istituzioni locali ed il terzo settore.

### **UVM e Budget di Salute**

Tutti i Budget di Salute vengono attivati solamente mediante Unità di Valutazione Multidimensionale. Complessivamente l'Azienda USL della Romagna ha 50 UVM/50 progetti BdS; questo dato sui BdS aziendali è per altro facilmente rintracciabile nel flusso informativo della Salute Mentale inviato annualmente in Regione, dove si registrano i percorsi BdS in modo analogo ai PDTA innovativi recentemente introdotti.

#### **2.4.3 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia**

Il DSM-DP della AUSL della Romagna collabora pienamente alla progettazione regionale con l'obiettivo di favorire la piena funzionalità delle REMS provvisorie di Bologna e di Parma. Nel corso del 2016 è stato attivato il monitoraggio di tutti i casi che si sono presentati, mediante la formulazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) predisposti entro quarantacinque giorni dalla ammissione nella REMS per la totalità del numero residenti ammessi nelle REMS (11/11= 100%). Ciò è avvenuto mediante la partecipazione allo sviluppo regionale del nuovo Sistema Informativo Dedicato (SMOP).

#### **2.5 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

L'Ausl della Romagna ha lavorato costantemente e assiduamente per tutto il 2016 sui punti oggetto di obiettivi deliberati da parte della RER. In particolare si evidenzia che:

- Per quanto concerne l'attività a favore delle gravissime disabilità nei distretti della Romagna è stato sostanzialmente rispettato il vincolo del 40% della spesa su FRNA;
- è stata strutturata un'analisi dell'offerta residenziale con riferimento anche all'offerta temporanea di sollievo sulla quale ancora è necessario un lavoro per arrivare alla copertura dell'1,5%;

- è stata strutturata una procedura relativa ai controlli nelle strutture ad accreditamento socio sanitario;
- il monitoraggio del corretto utilizzo delle risorse FRNA/FN è stato costante durante il 2016;
- sono state effettuate analisi circa i percorsi di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari delle fasce deboli e vulnerabili;
- in ogni distretto sono attivi percorsi di continuità assistenziale in collaborazione con gli enti locali;
- è stato adottato uno schema omogeneo dei contratti di servizio.

## **2.6 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari**

In relazione agli indicatori proposti dalla DGR 1003/2016, si evidenzia quanto segue:

- Carta Servizi: SI, è stata definita;
- Protocollo prevenzione rischio suicidario: SI, è stato definito il protocollo;
- % di detenuti valutata dal collegio medico-legale sul totale dei detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo: 100% (standard atteso 100%);
- n. nuove persone detenute nell'anno per  $\geq 14$  giorni screenate per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per  $\geq 14$  giorni = 92% (standard atteso  $\geq 80\%$ );
- n. persone detenute  $\geq 50$  anni alle quali è stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute  $\geq 50$  anni presenti = 100% (standard atteso  $\geq 90\%$ );
- n. di interventi info-educativi realizzati: si sono svolti 9 gruppi info-educativi (standard atteso = almeno 2 gruppi);
- effettuazione del PAI = 100% dei pazienti con patologie croniche (standard atteso  $\geq 80\%$ );

Per l'anno 2016, è stata posta particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER. Realizzazione attività aggiornamento/affiancamento sull'uso della cartella clinica informatizzata: 70% degli operatori.

## **2.7 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**

### **2.7.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016**

L'AUSL della Romagna ha raggiunto l'obiettivo della farmaceutica convenzionata (-3,7%, a fronte di un obiettivo di -2,2%).

La spesa farmaceutica ospedaliera incrementa, invece, del 8,6% rispetto ad un obiettivo definito in sede di programmazione regionale del 5,3% massimo, in linea con l'andamento medio registrato a livello regionale. Ragione principale del maggiore incremento rispetto all'obiettivo definito in sede di programmazione è da ricercarsi nella spesa riferita all'acquisto di farmaci per malattie rare con un incremento di oltre 4 milioni di euro verso l'anno precedente.

*Spesa farmaceutica ospedaliera. Anno 2016*

<b>Aziende</b>	<b>Spesa ospedaliera - ossigeno escluso</b>		<b>di cui:</b>	<b>Diretta ex OSP2</b>		<b>Consumi interni (compresi H OSP)</b>	
	gen.-dic.2016	var. 16/15		gen.-dic.2016	var. 16/15	gen.-dic.2016	var. 16/15
<b>Ravenna</b>	46.606.438	8,6%		20.721.832	1,0%	25.884.606	15,5%
<b>Forlì</b>	11.470.289	6,7%		4.601.009	0,6%	6.869.279	11,1%
<b>Cesena</b>	16.782.205	9,2%		9.034.132	26,1%	7.748.073	-5,6%
<b>Rimini</b>	33.738.933	9,6%		17.557.352	13,0%	16.181.580	6,2%
<b>AUSL Romagna</b>	108.597.865	8,8%		51.914.326	8,6%	56.683.539	8,9%
<b>IRST Meldola</b>	18.504.923	7,5%		3.186.209	18,7%	15.318.713	5,4%
<b>Area Romagna</b>	127.102.787	8,6%		55.100.535	9,2%	72.002.253	8,2%
<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	556.373.373	8,6%		231.141.826	11,8%	325.231.547	6,5%

**2.7.2 - Assistenza farmaceutica convenzionata**

**Aumento del ricorso a farmaci generici**

A livello ospedaliero sono stati dati obiettivi specifici sui generici a tutti i Dipartimenti medici, focalizzando l'attenzione su specifiche classi di farmaci (statine e farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna) e sono stati effettuati incontri ad hoc con gli specialisti interessati (cardiologi, internisti, urologi).

È stato diffuso il Pacchetto informativo regionale sui farmaci equivalenti (a marzo 2016).

La CF AVR ha predisposto un documento sugli inibitori della 5 alfa-reduttasi finasteride e dutasteride (a febbraio 2016) e l'ha inviato a tutti gli specialisti urologi (ospedalieri e convenzionati) e ai MMG.

A livello territoriale sono state promosse azioni di sensibilizzazione nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie, anche in merito alla prescrizione dei "generici puri".

La percentuale di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza in Ausl Romagna si mantiene in linea col trend regionale. Nel corso del 2016 tale consumo è diminuito dello 0,4% e si è attestato al 79,2%. Il valore complessivo registrato in Regione è stato pari al 79,6% con un calo rispetto al 2015 dello 0,3%.

La percentuale di utilizzo di rosuvastatina sul totale delle statine in farmaceutica territoriale si è ridotta in tutti gli ambiti, passando a livello aziendale dal 17% al 16%; la percentuale di utilizzo di silodosina sul totale degli alfa1-litici è rimasto sostanzialmente stabile, mentre la percentuale di utilizzo di dutasteride sul totale dei 5-ARI in farmaceutica territoriale si è ridotta a livello aziendale dal 60% al 56%.

**Uso appropriato di alcune classi di farmaci**

*Inibitori di pompa protonica (PPI)*

E' stato istituito un gruppo di lavoro aziendale (medici ospedalieri, MMG, farmacisti), che ha elaborato un opuscolo informativo, una locandina per gli ambulatori dei MMG ed un opuscolo per i pazienti; sono stati effettuati incontri formativi presso i Dipartimenti ospedalieri e presso i Nuclei di Cure Primarie con la presenza dei gastroenterologi individuati dal Gruppo. I consumi territoriali di PPI si sono ridotti a livello aziendale del 7%. Anche i consumi interni ospedalieri si sono ridotti complessivamente del 17%. A livello territoriale sono inoltre stati effettuati controlli di appropriatezza sul rispetto delle Note AIFA 1-48.

### Statine e sartani

Le azioni inerenti le classi di sartani e statine rientrano nell'ambito più generale dell'uso di farmaci a brevetto scaduto, con assegnazione di obiettivi specifici ai dipartimenti ospedalieri e svolgimento di incontri nei NCP. La % di utilizzo dei sartani generici in farmaceutica territoriale nel 2016 è pari all'88%, quella di statine generiche è pari all'83%. Per quanto riguarda l'uso delle statine in prevenzione primaria nei pazienti con più di 80 anni, è in corso l'elaborazione dei dati 2016 da parte della Regione; il dato sarà reso disponibile solo a seguito di validazione da parte del Gruppo di Lavoro regionale.

### Incretino-mimetici e glifozine

La CF AVR ha provveduto alla diffusione dell'aggiornamento del documento regionale DocPTR 173 e alla elaborazione di prospetti dei prezzi dei prodotti disponibili, al fine di favorire l'utilizzo dei farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità. La diffusione ai Dipartimenti ospedalieri è stata garantita dai farmacisti referenti di Dipartimento. Per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori previsti dal documento regionale, è in corso l'elaborazione dei dati 2016 da parte della Regione; il dato sarà reso disponibile solo a seguito di validazione da parte del Gruppo di Lavoro regionale.

### NAO

L'obiettivo è stato assegnato al Dipartimento cardiovascolare, al Dipartimento Emergenza e al Dipartimento internistico di Ravenna, a cui afferiscono i Centri autorizzati alla prescrizione. Per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori previsti dal documento regionale, è in corso l'elaborazione dei dati 2016 da parte della Regione; il dato sarà reso disponibile solo a seguito di validazione da parte del Gruppo di Lavoro regionale.

### Vitamina D

Il Pacchetto informativo è stato diffuso ai Dipartimenti ospedalieri e presentato ai MMG nell'ambito degli incontri dei Nuclei di Cure primarie, con presentazione e discussione dei consumi e della spesa. I consumi territoriali dell'associazione acido alendronico + colecalciferolo si sono ridotti a livello aziendale da 1.004.584 DDD nel 2015 a 949.760 DDD nel 2016 (-5%).

### Antibiotici sistemici:

sono stati effettuati approfondimenti specifici sull'uso di antibiotici nei Nuclei di Cure Primarie, in particolare sull'uso di fluorochinoloni e penicilline associate a inibitori delle beta lattamasi e cefalosporine.

## **2.7.3 - Acquisto ospedaliero di farmaci**

### Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici

La CF AVR ha monitorato l'adesione alle raccomandazioni GReFO sul carcinoma renale mediante analisi dei dati di utilizzo presso l'AUSL Romagna e l'IRCCS IRST nel 2015 e nel I semestre 2016. L'analisi ha evidenziato una sostanziale aderenza alle raccomandazioni GReFO in tutti gli ambiti aziendali. Presso l'ambito di Ravenna è stato rilevato un uso di pazopanib superiore al valore atteso (40% a Ravenna e 60% a Faenza sul totale dei pazienti in I/II linea), a fronte di un utilizzo inferiore al valore atteso negli altri ambiti aziendali (17% a Lugo, 18% a Rimini, 17% presso l'IRCCS IRST).

### Utilizzo di biosimilari

L'AUSL della Romagna ha raggiunto tutti gli obiettivi relativi all'utilizzo dei farmaci biosimilari:

- epoetine: 77% (valore 2015: 62%);
- ormone della crescita: 42% (valore 2015: 34%), con rispetto dei risultati della gara regionale;

- anti-TNF alfa - infliximab: 56% (valore 2015: 21%);
- insulina glargine: obiettivo non valutabile in quanto la prescrizione, su indicazione regionale, è stata orientata verso il farmaco originatore, aggiudicato ad un costo più basso del biosimilare;
- follitropina biosimilare: inserimento nel prontuario di AVR di entrambi i prodotti a base di follitropina biosimilare (Benfola e Ovaleap), con introduzione nella pratica clinica;

#### Farmaci HIV

Sono state effettuate analisi periodiche dei consumi e della spesa per farmaci per il trattamento dell'HIV, con trasmissione ai clinici interessati. A livello aziendale, la percentuale di generico è passata da 31% nel 2015 a 37% nel 2016 % più alta rispetto alla media RER (23% nel 2016); il costo medio per DDD si è ridotto da 8,7 € nel 2015 a 8,1 € nel 2016 ed è più basso della media RER (11 € nel 2016).

Tutti i prescrittori sono stati richiamati alla corretta compilazione del flusso FED (con particolare riferimento al flag HIV).

#### Farmaci epatite C

L'utilizzo è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dal gruppo di lavoro regionale; i clinici sono stati periodicamente informati circa l'aggiornamento del documento regionale e i costi dei farmaci, in modo da privilegiare quelli con il miglior rapporto costo-opportunità.

#### Farmaci intravitreali

L'Ausl della Romagna ha una spesa pro capite per farmaci intravitreali più bassa della media regionale. Nel corso del 2016, sono state avviate diverse azioni per l'appropriatezza d'uso dei farmaci intravitreali tra cui:

- l'analisi di fattibilità di una sperimentazione clinica per l'impiego di bevacizumab nell'edema maculare diabetico;
- il monitoraggio mensile dei dati di consumo e spesa;
- l'organizzazione di un incontro con gli organismi regionali;
- la predisposizione di Linee Guida aziendali condivise da tutte le UU.OO.

#### Antibiotici

Nel corso del 2016 il Programma aziendale SPIAR ha incontrato tutte le Unità Operative chirurgiche al fine di condividere la procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e le Linee di indirizzo per la profilassi antibiotica perioperatoria. La procedura è stata pubblicata a novembre 2016 ed è diventata operativa per tutte le UU.OO. Inoltre, è stata adottata una Richiesta Motivata Personalizzata (RMP) unica aziendale per la prescrizione di carbapenemi.

#### Rispetto delle gare

I medici prescrittori sono stati informati periodicamente sugli esiti delle gare attraverso l'aggiornamento del PT AVR, nonché comunicazioni ad hoc su specifici argomenti.

### **2.7.4 - Adozione di strumenti di governo clinico**

#### Distribuzione diretta

Sulla base dei dati del flusso AFO 12 mesi 2016, il 99% delle DDD erogate in distribuzione diretta presso l'Azienda della Romagna riguarda farmaci inclusi nel Prontuario Terapeutico Regionale e nel Prontuario Terapeutico di Area Vasta Romagna.

### Utilizzo PT regionali

La compilazione dei piani terapeutici informatizzati disponibili sulla piattaforma SOLE è stata resa obbligatoria per tutti i farmaci per i quali è prevista tale modalità (es. NAO). La percentuale di compilazione è pari al 100% per i farmaci per l'epatite C.

### Utilizzo Registri di monitoraggio AIFA

Per garantire la corretta compilazione dei Registri AIFA, sono stati individuati in ciascun ambito farmacisti referenti che collaborano strettamente con i medici prescrittori, segnalando eventuali anomalie nella compilazione del Registro o ritardi nella chiusura delle schede. La percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso è superiore al 90% dei trattamenti chiusi in tutti gli ambiti aziendali.

### Compilazione del database regionale

I farmacisti delle Segreterie Operative di sede hanno provveduto all'inserimento delle richieste nominali di farmaci off-label, extra-PTR e C-nn nel database regionale delle Eccezioni Prescrittive. Nell'anno 2016 sono state inserite complessivamente 158 richieste valutate dalla CF AVR o dalle Segreterie Operative di Sede. È attualmente in corso la raccolta degli esiti clinici delle terapie, per valutare il raggiungimento dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi dal medico proponente.

### Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici

La prescrizione dei farmaci oncologici è informatizzata in tutti gli ambiti; è in corso l'implementazione del nuovo database oncologico regionale sul gestionale delle terapie in uso presso l'Azienda della Romagna (Log80).

### Attività CF AVR

Nel 2016 la CF AVR ha effettuato 8 riunioni plenarie e svolto le seguenti attività:

- diffusione degli aggiornamenti dei documenti regionali e delle decisioni adottate dalla CRF;
- attività di supporto per l'elaborazione e l'implementazione di documenti relativi all'uso appropriato dei farmaci (finasteride e dutasteride, inibitori di pompa, farmaci per la BPCO);
- attività di collaborazione con la CRF ai fini della valutazione di nuovi farmaci;
- valutazione delle richieste di inserimento in PT AVR di nuove formulazioni e dosaggi;
- monitoraggio dell'utilizzo di farmaci nella pratica clinica (antifungini, farmaci per il carcinoma renale, immunoglobuline, farmaci per la sclerosi multipla);
- comunicazioni ai prescrittori in merito ai prezzi dei farmaci (antidiabetici, farmaci BPCO, farmaci oncologici, anti-TNF, NAO), al fine di favorire l'impiego dei farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità valutazione richieste nominali di farmaci off-label, extra-PTR o C-nn.

### Qualità e sicurezza delle cure

Nel corso dell'anno 2016 si è assistito al consolidamento della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2017 si prevede l'estensione dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione nel contesto territoriale dove c'è prescrizione farmacologica, come da Tempogramma lavori 2016-2017 del Gruppo Regionale Rischio Clinico da farmaci.

### Farmacovigilanza e dispositivo vigilanza

Per quanto riguarda la realizzazione dei progetti regionali di farmacovigilanza in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci è stato predisposto ed effettuato il bando e la selezione per l'acquisizione delle borse

di studio per 3 progetti regionali di FV nei quali è coinvolta l'AUSL Romagna, in collaborazione con il Centro Regionale di Farmacovigilanza.

I progetti riguardano l'ambito della Medicina d'urgenza, quello dell'Oncoematologia e quello della popolazione anziana.

Nel 2016, è stata organizzato un corso FAD denominato "Sistema di vigilanza per i dispositivi medici" destinato a tutti gli operatori sanitari, con i seguenti moduli: 1) La governance dei dispositivi medici; 2) Dispositivo Medico; 3) Destinazione d'uso dei Dispositivi Medici; 4) La sorveglianza e la Vigilanza sui Dispositivi Medici; 5) Sistema di segnalazione per i Dispositivi Medici; 6) Normativa; 7) Appendice; 8) Quiz.

Indicatore e target:

- **% di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali: obiettivo incremento rispetto al 2015.**

I dati delle segnalazioni riportati nella tabella sottostante evidenziano, in tutti gli ambiti territoriali, un incremento delle ADR inserite nella piattaforma "VigiFarmaco" fra 2015 e 2016, sebbene con un'elevata variabilità in termini assoluti: si va dal 43,5% di segnalazioni inserite nell'area ravennate al 6,1% nell'area riminese.

Ambito	Anno	ADR Totali	ADR in VigiFarma	% ADR VigiFarma/Totale
RIMINI	2015	180	2	1,1%
	2016	179	11	6,1%
CESENA	2015	118	18	15,3%
	2016	83	20	24,1%
RAVENNA	2015	69	28	40,6%
	2016	85	37	43,5%
FORLI'	2015	111	20	18,0%
	2016	115	23	20,0%
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>2015</b>	<b>478</b>	<b>68</b>	<b>14,2%</b>
	<b>2016</b>	<b>462</b>	<b>91</b>	<b>19,7%</b>

**2.7.5 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici**

Utilizzo del flusso informativo Di.Me.

Nell'anno 2016 si è assistito al consolidamento del flusso informativo Di.Me.: il confronto del dato rilevato dal flusso Di.Me. con il Conto Economico (CE), mette in luce un aumento della copertura di 3 punti percentuali (dal 90% di copertura nel 2015 al 93% nel 2016). Pertanto non è ancora stato raggiunto lo standard atteso del 95%.

La spesa per dispositivi medici è aumentata nel 2016 del 1,56% rispetto al 2015.

L'adesione rispetto alle gare centralizzate è totale.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori previsti dal documento regionale, è in corso l'elaborazione dei dati 2016 da parte della Regione.

A livello aziendale, nell'ambito delle 7 UU.OO. chirurgiche, sono state analizzate le procedure chirurgiche nei seguenti interventi per via laparoscopica: APPENDICECTOMIA, COLECISTECTOMIA, EMICOLECTOMIA DESTRA, EMICOLECTOMIA SINISTRA, CHIRURGIA DEL RETTO.



L'obiettivo era quello di omogeneizzare i Dispositivi medici da utilizzare nella maggior parte degli interventi laparoscopici. Agli incontri hanno partecipato Direttori di Dipartimento, Dirigenti Chirurghi, Coordinatori Infermieristici e Strumentisti di Sala Operatoria dei vari ambiti aziendali. Sono state condivise 5 tabelle con la descrizione dei DM da utilizzare, le ditte aggiudicatrici, i codici di riferimento del fornitore e l'attuale prezzo di acquisto.

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

L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che l'Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Inoltre, in caso di inerzia dei Comuni, sono sempre i servizi farmaceutici delle Aziende USL a dover segnalare alla Regione le inadempienze dei comuni e a compiere l'attività istruttoria affinché la Regione possa eventualmente esercitare il potere sostitutivo necessario per completare la revisione delle piante organiche nell'intero territorio comunale. Di seguito la situazione attuale nei diversi ambiti.

Procedimento di revisione della pianta organica (art. 4)

**COMUNI DELLA PROVINCIA DI RIMINI**

I Progetti Comunali di Revisione P.O. Sedi Farmaceutiche presentati entro 16.05.2016 sono stati N. 7: per N. 3 Comuni è stato necessario inoltrare n. 1 sollecito; per N. 6 Comuni è stato necessario inoltrare n. 2 solleciti.

Sono state formulate richieste di integrazione per i Progetti di N. 17 Comuni.

Progetti approvati entro il 31.08.2016: N. 20.

Progetti approvati oltre il 31.08.2016: N. 4.

Delibere Giunta Comunale di approvazione P.O. Sedi Farmaceutiche anno 2016 entro il 19.09.2016: N. 19.

Delibere Giunta Comunale di approvazione P.O. Sedi Farmaceutiche anno 2016 successive al 19.09.2016: N. 5.

Delibere Giunta Comunale pubblicate sul BURERT: N. 19.

Delibere Giunta Comunale in corso di Pubblicazione: N. 5.

Progetto la cui istruttoria ha comportato criticità oggetto di discussione anche in ambito Regionale e attualmente in fase di definizione: N. 1 (Comune San Leo).

**COMUNI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ'-CESENA: AMBITO DI CESENA**

Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha sollecitato i 15 comuni del territorio affinché provvedessero ad attivarsi nei termini previsti dalla RER (Circolare RER PG/2016/0181137 del 15/03/2016 e circolare RER PG/2016/0199927 del 21/3/2016; Circolare RER PG/2016/0356007 del 16/05/2016) nella procedura di prima revisione/conferma della pianta organica, supportando gli stessi nella fornitura della precedente P.O. e nella definizione di un progetto di revisione Pianta Organica 2016, che doveva tener conto anche delle nuove sedi istituite ai sensi dell'art. 11 della legge 24/03/2012 n. 27.

Ricevuti i progetti Comunali, si sono operate correzioni/integrazioni ai progetti stessi al fine di avere una revisione della Pianta organica di ciascuna sede farmaceutica esistente che tenesse conto anche delle

perimetrazioni delle 11 nuove sedi farmaceutiche istituite e per le quali era stato bandito il Concorso straordinario Regionale con delibera n. 60 del 8/1/2013.

La Graduatoria del Concorso straordinario è stata approvata con deliberazione della Giunta della RER n. 2083 del 14/12/2015. Entro il 19/09/2016 i 15 comuni dovevano approvare la nuova Pianta Organica delle farmacie dei loro rispettivi territori Comunali.

Si sono costantemente monitorate le varie fasi di approvazione dei progetti comunali relazionando in più step alla Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare - Servizio Assistenza Territoriale della RER lo stato di avanzamento dei progetti comunali e in vari casi si è provveduto a risollecitare quei comuni che erano in ritardo (prot. 107707 del 17/5/2016; prot. 187297 del 30/8/2016 10/10/2016; E mail del 10/10/2016).

I progetti Comunali hanno avuto la approvazione finale di questo Servizio entro i termini previsti (31 agosto 2016), previa verifica della corretta applicazione dei criteri di revisione. I Comuni hanno provveduto alla pubblicazione in vari numeri del BUR della loro Pianta organica 2016.

Dopo l'approvazione delle Piante Organiche è stato possibile per i vincitori del concorso assegnatari delle farmacie a seguito del 1° interpello (8 farmacie assegnate delle 11 istituite) presentare domanda al Comune e al Servizio Farmaceutico Territoriale per essere autorizzati alla apertura e all'esercizio della farmacia di cui erano risultati vincitori.

L'apertura delle nuove farmacie doveva essere rilasciata dal Comune entro il 180° giorno dalla notifica della assegnazione mediante posta certificata da parte della RER al vincitore/i del concorso (forma singola o forma associata).

Sono pervenute a seguito di assegnazione delle farmacie (1° interpello) 4 istanze di autorizzazione ai vari Sindaci :

- 1 al Comune di San Mauro Pascoli;
- 3 al Comune di Cesena.

In tutti e 4 i casi le autorizzazioni sono state rilasciate entro i termini previsti dal procedimento (180° giorno dalla notifica della assegnazione).

#### COMUNI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ'-CESENA: AMBITO DI FORLÌ'

Il Servizio Farmaceutico Territoriale di Forlì ha richiesto ai 15 Comuni dell'ambito di competenza, di attivare la procedura di revisione/conferma della prima Pianta Organica successiva alla L. 27/2012, che doveva tenere conto anche delle nuove sedi farmaceutiche, istituite ai sensi dell'art. 11 della suddetta Legge.

Ricevuti i progetti di revisione/conferma da tutti i Comuni, sono state valutate le proposte correggendole e/o integrandole, laddove necessario, verificando che nel disegno delle sedi farmaceutiche, fossero state tenute adeguatamente in conto le 7 nuove sedi, istituite dalla RER con determinazione n. 60 del 08/01/2013.

E' stata monitorata nello specifico l'attività dei Comuni, relazionando costantemente alla RER, segnalando le eventuali criticità e ritardi;

I progetti comunali hanno avuto l'approvazione finale del Servizio Farmaceutico entro i termini previsti ed i Comuni hanno provveduto autonomamente alla pubblicazione della propria Pianta Organica 2016 su vari numeri del BUR;

Nell'ambito di Forlì non è stata aperta alcuna farmacia di quelle istituite con determinazione n. 60 del 08/01/2013; per l'unica sede assegnata con determinazione 7347 del 5/5/2016 è trascorso, senza esito, il termine di 180 giorni previsto per l'apertura.

La revisione della Pianta Organica 2016 si è conclusa con l'individuazione nel Comune di Forlimpopoli di una nuova sede farmaceutica.

#### COMUNI DELLA PROVINCIA DI RAVENNA

In attuazione alla LR 2/2016, la competenza della revisione della Pianta Organica delle Farmacie (prima delegata dalla Regione alle Province) è stata delegata ai comuni, analogamente al rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle nuove farmacie assegnate per concorso straordinario indetto dalla RER.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha sollecitato le 5 sedi comunali: Ravenna, Russi, Cervia l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna (8 comuni) e l'Unione della Romagna Faentina (6 comuni) affinché si attivassero nella procedura di prima revisione e/o conferma della pianta organica, che tenesse conto anche delle nuove sedi farmaceutiche istituite ai sensi dell'art. 11 della legge 24/03/2012 n. 27.

La revisione della Pianta Organica di ciascuna sede farmaceutica, effettuata dai Comuni è stata analizzata, modificata e condivisa in collaborazione con il Servizio Farmaceutico Territoriale, in considerazione anche dell'istituzione delle 15 nuove sedi farmaceutiche (provincia di Ravenna), per le quali era stato bandito il Concorso straordinario Regionale con delibera n. 60 del 8/1/2013.

Sono state monitorate le fasi per la stesura e revisione della Pianta Organica. I Comuni erano tenuti entro il 16/05/2016 ad elaborare il progetto di revisione o di conferma della pianta organica e a trasmetterlo all'Ordine Provinciale dei Farmaci e al Servizio Farmaceutico dell'Azienda AUSL territorialmente competente. In alcuni casi (Comuni di Russi, Cervia e Unione della Romagna Faentina) è stato necessario provvedere ad un sollecito, dandone contestualmente comunicazione alla Regione. (prot. 108898 del 18/05/2016).

Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha prodotto su richiesta della Direzione Generale Cura della persona, salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale della RER (prot 530678 del 15/07/2016), un quadro riepilogativo della revisione della Pianta Organica delle Farmacie della provincia di Ravenna entro il 31/08/2016.

In seguito, il Servizio Farmaceutico Territoriale ha espresso il proprio assenso sulle Piante Organiche proposte nei progetti Comunali entro i termini previsti dalla normativa.

I Comuni dovevano adottare la nuova Pianta Organica delle farmacie dei loro rispettivi territori comunali entro il 19/09/2016.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha verificato l'avvenuta pubblicazione sul BUR 2016 delle Piante Organiche prodotte dai vari Comuni.

Con l'approvazione delle Piante Organiche, avvenuta entro i termini di legge, è stato poi possibile per i vincitori del concorso assegnatari delle farmacie, presentare domanda al Comune e al Servizio Farmaceutico Territoriale per essere autorizzati all'apertura e all'esercizio della farmacia di cui erano risultati vincitori.

Per l'ambito Territoriale di Ravenna nell'anno 2016 sono state aperte 4 nuove sedi Farmaceutiche a fronte di 15 nuove sedi farmaceutiche individuate nella Pianta Organica del 2016.

L'autorizzazione all'apertura della nuova sede farmaceutica doveva essere rilasciata dal Comune entro il 180° giorno dalla notifica dell'assegnazione mediante posta certificata da parte della RER al vincitore/i del concorso (forma singola o forma associata).

A seguito delle assegnazioni delle farmacie (1° interpello regionale), sono giunte 4 richieste di parere per l'autorizzazione all'apertura delle nuove sedi dai comuni interessati.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale, congiuntamente al Servizio Igiene Pubblica, ha preso in esame le planimetrie dei locali da adibire a farmacia ed i relativi progetti di ripartizione degli spazi interni ed ha effettuato tramite la Commissione di Vigilanza Farmacie, le ispezioni preventive a locali vuoti e a locali pieni (ai sensi dell'art. 111 del T.U.LL.SS.), fornendo al Comune competente un parere favorevole per il rilascio delle autorizzazioni pervenute.

Inoltre il Servizio Farmaceutico Territoriale ha supportato sia i Farmacisti assegnatari sia i Referenti Comunali nelle attività connesse al rilascio delle autorizzazioni.

*Portale informativo sanitario e pubblicizzazione dei turni (art. 12)*

Nel corso del 2016, l'UO Sviluppo Sistemi Relazionali ha effettuato una giornata formativa per i farmacisti ed amministrativi dedicati per presentare le modalità per l'inserimento nel portale unico degli orari e dei turni delle farmacie di tutti gli ambiti dell'Azienda USL della Romagna. In tutti gli ambiti si è provveduto ad inserire anagrafiche e turni delle farmacie: l'ultimo monitoraggio del 20 marzo ha evidenziato che sono state inserite tutte le anagrafiche delle farmacie e i relativi turni diurni, notturni e festivi delle stesse per l'anno 2017. Le chiusure per ferie delle farmacie saranno oggetto di inserimento nel mese di aprile.

### 3 – Assistenza ospedaliera

#### 3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

L'azienda, come previsto dal Progetto regionale, ha provveduto sin dalle fasi iniziali a nominare il Responsabile Unico Aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato ed ha comunicato il nominativo in Regione in via formale.

Nel corso del 2016 si è portato a regime il sistema di rilevazione delle liste di attesa informatizzato con il 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 ha prodotto i seguenti risultati sugli indicatori in monitoraggio (calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO):

**- per i tumori selezionati: 90% 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: 90% dei casi 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 R.E.R. dell'80,5%. Anche le prestazioni dell'area cardiovascolare raggiungono i parametri previsti dalla normativa.

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

Si veda tabella seguente:

*Tempi di attesa ricoveri programmati Ausl Romagna. Anno 2016*

Tipo intervento e Tipo azienda		% Tempi di attesa = 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg)
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Azienda USL	1	68,8	97,7	98,3	98,7	99,3	0,7	23
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	6
	TOTALE	1	68,9	97,7	98,3	98,7	99,3	0,7	23
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Azienda USL	0,5	73,6	95,3	97,4	98,4	100	0	22
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	3
	TOTALE	0,5	74,5	95,5	97,5	98,5	100	0	21,5
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Azienda USL	1,8	88,7	98	99,2	99,4	99,8	0,2	17
	Privato	6,6	93	98,2	98,2	98,2	100	0	10
	TOTALE	2,3	89,1	98	99,1	99,3	99,8	0,2	16
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Azienda USL	1,7	65	96,6	97,4	97,4	99,1	0,9	27
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	7
	TOTALE	1,6	66,4	96,7	97,5	97,5	99,2	0,8	26
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Azienda USL	0,4	82,9	97,4	99,6	99,6	100	0	13
	Privato	0	100	100	100	100	100	0	2
	TOTALE	0,4	83,5	97,5	99,6	99,6	100	0	13
CHEMIOTERAPIA (DH)	Azienda USL	55,8	97,2	98,1	98,3	98,5	98,7	1,3	4
	Privato	33,3	100	100	100	100	100	0	5,5
	TOTALE	55,7	97,2	98,1	98,3	98,5	98,7	1,3	4

Tipo intervento e Tipo azienda		% Tempi di attesa = 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg)
BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	Privato	1,3	87,4	97,3	100	100	100	0	9
	TOTALE	1,3	87,4	97,3	100	100	100	0	9
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Azienda USL	7,4	75,3	89,2	96,7	98,3	99,1	0,9	15
	Privato	2,4	95,4	99	100	100	100	0	8
	TOTALE	5,3	83,9	93,5	98,1	99	99,5	0,5	11
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Azienda USL	0,4	48,9	80,8	91,3	95,6	97,8	2,2	31
	TOTALE	0,4	48,9	80,8	91,3	95,6	97,8	2,2	31
CORONAROGRAFIA (DH)	Azienda USL	0,7	90,3	97,3	97,8	98,8	98,8	1,2	13
	TOTALE	0,7	90,3	97,3	97,8	98,8	98,8	1,2	13
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Azienda USL	2,5	9,2	27,8	44,5	55,1	72,5	27,5	106
	Privato	0,2	68,8	85	92,7	95,5	97,8	2,2	19
	TOTALE	1,2	42,5	59,7	71,4	77,6	86,6	13,4	42
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Azienda USL	1,7	11,7	20,5	31,7	39,7	55,5	44,5	159
	Privato	0,3	67,8	85,7	93,5	97,3	99,5	0,5	20
	TOTALE	1,2	30,1	42	52	58,7	70	30	85
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Azienda USL	35	80,2	95,6	98,9	98,9	100	0	12
	TOTALE	35	80,2	95,6	98,9	98,9	100	0	12
EMORROIDECTOMIA (DH)	Azienda USL	50	100	100	100	100	100	0	12
	Privato	0	83,3	100	100	100	100	0	19
	TOTALE	12,5	85,7	100	100	100	100	0	19
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Azienda USL	0,6	21	44,5	59,6	70	80,9	19,1	71,5
	Privato	0	74,4	90,4	94,9	96,8	98,8	1,2	20
	TOTALE	0,3	47,1	66,9	76,9	83,1	89,6	10,4	34

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna. Anno 2016 consolidato senza mobilità passiva

Infine, l'Azienda ha implementato il monitoraggio dei volumi e dei tempi di attesa secondo il catalogo SIGLA.

### 3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

#### RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA (DGR 2040/2015)

Nell'anno 2016 sono proseguite le azioni relative alla realizzazione del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015, realizzando 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. A tal fine, l'Azienda della Romagna, per individuare i Presidi Ospedalieri in cui operare una riduzione di Posti Letto, ha dapprima preso in considerazione la dotazione complessiva al **31/12/2015**, rappresentata nella tabella seguente:

Presidi	POSTI LETTO AL 31.12.2015		
	ORDINARI	DH/DS	TOTALE
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO RIMINI-SANTARCANGELO	597	73	670
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE-CATTOLICA	213	24	237
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO CESENA	545	16	561
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO FORLI'	439	22	461
TOTALE OSPEDALE "SANTA MARIA DELLE CROCI" RAVENNA	537	39	576
TOTALE OSPEDALE "INFERMI" FAENZA	241	22	263
TOTALE OSPEDALE "UMBERTO 1°" LUGO	258	25	283
IRST	36	28	64
PRIVATI: PL per attività effettivamente a carico SSN			1.279
<b>TOTALE</b>	<b>2.866</b>	<b>249</b>	<b>4.394</b>

Il numero complessivo a quella data per l'Azienda Usl della Romagna (pubblico e privato) era di 4.394 posti letto, rispetto ad una dotazione massima da raggiungere pari a 4.166 (in base al tetto del Decreto Balduzzi fissato a 3,7\*1.000 abitanti).

La discussione ed il confronto con gli interlocutori politici, istituzionali, sindacali, ecc..., sul documento *"Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera"* si è prolungata nel secondo semestre del 2016 ed è stata approvata dalla CTSS in data 09.01.2017, con indicazione ad una riduzione complessiva nell'Ausl della Romagna di 116 PL, attestandosi ad un numero complessivo di 4.278 PL pari a 3,79 per 1.000 abitanti.

La riduzione dei PL in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale dei PL al 3,7 per 1000 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 interniste che - spesso in difficoltà a 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.

La tabella successiva mostra la percentuale di posti letto per 1.000 abitanti per singolo territorio, prima e dopo la proposta di riordino approvata dalla CTSS:

Ambiti territoriali	N. Abitanti	PL totali (pubblico + privato) al 31.12.2015	% PL x 1.000 ab. Al 31.12.2015	PL totali (pubblico + privato) dopo riordino	% PL x 1000 ab.
Ravenna	393.154	1.618	4,12	1.544	3,92
Forlì*	187.496	704	3,75	706	3,76
Cesena	209.200	808	3,86	798	3,81
Rimini	336.189	1.264	3,76	1.230	3,65
<b>Ausl Romagna</b>	<b>1.126.039</b>	<b>4.394</b>	<b>3,90</b>	<b>4.278</b>	<b>3,79</b>

\*compresi posti letti IRST



### **CONVERSIONE IN REGIME AMBULATORIALE DEI DAY HOSPITAL ONCOLOGICI**

La rete dei Presidi dell'Azienda Sanitaria della Romagna ha provveduto a riconvertire complessivamente n° 39 posti letto di Day Hospital oncologico in attività di Day Service. Tale riconversione è stata pari al 60% rispetto la dotazione iniziale di posti letto di Day Hospital oncologico.

### **TRASFERIMENTO IN REGIME AMBULATORIALE DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE:**

- DRG 008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;
- DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC;
- DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC.

I ricoveri relativi ai suddetti interventi nel 2016 sono stati 3.406, in calo del 4,8% rispetto al 2015; le giornate di degenza sono state 6.265, in calo del 5,6% rispetto al 2015.

### **COMPLETAMENTO DELLA CONCENTRAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DAL DM 70/2015 E DALLA DGR 2040/2015**

Nel corso del 2016 è proseguito il lavoro per il completamento della 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 Unità Operativa  $\geq 150$  /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 Unità Operativa  $\geq 100$ /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  $\leq 3$  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 Unità Operativa  $\geq 75$ /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  $\geq 70\%$  con superamento della soglia di 5 punti % per le aziende con valori inferiori alla soglia regionale**

Tutte le novità operative hanno superato la percentuale suddetta.

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

**- 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.

**- Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriately ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 < ai valori dell'anno 2015**

Per l'attività di ricovero ad alto rischio di inappropriately monitorata nel corso del 2016, la percentuale di ricoveri in Day Hospital è risultata inferiore all'anno precedente per DRG 008 e DRG 538; è risultata superiore per l'attività inerente il DRG 266. Dettaglio nella tabella sottostante.

DRG	Anno 2015			Anno 2016		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	% Dimessi DH/DO	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	% Dimessi DH/DO
	Dimessi	Dimessi		Dimessi	Dimessi	
008 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	717	82	11,4%	801	90	11,2%
266 C-TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	526	726	138,0%	354	661	186,7%
538 C-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	1.134	394	34,7%	1.150	350	30,4%
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>	<b>2.377</b>	<b>1.202</b>	<b>50,6%</b>	<b>2.305</b>	<b>1.101</b>	<b>47,8%</b>

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

**RETI HUB AND SPOKE**

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

IMA

Sono consolidate in Ausl Romagna 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 UO 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 una 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 una calo complessivo dei traumi nel 2016 rispetto al 2015, si è realizzato un incremento della centralizzazione sul centro HUB 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 del Bufalini (39 pazienti trattati).

La centralizzazione secondaria per gli altri ambiti procederà per fasi, con la definizione condivisa tra i responsabili di neurologia dei criteri per l'invio dei pazienti al trattamento endovascolare e per il rientro nei territori di competenza.

Nel 2016, 57 pazienti sono stati sottoposti al trattamento endovascolare (di cui 18 presso la Neuroradiologia dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara); i casi trattati con trombolisi sono stati 169 (rispetto ai 119 del 2015) pur con costanti differenze percentuali significative tra le sedi.

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

### **RETE DELL'EMERGENZA OSPEDALIERA**

Al fine di uniformare la gestione dei pazienti all'interno di tutti i pronti soccorsi dell'Azienda della Romagna è stato prodotto il nuovo documento di "triage" aziendale, approvato ad aprile 2016 e verificato con audit in ogni sede PS. Sono stati realizzati specifici corsi formativi per garantirne una capillare diffusione.

È stato altresì predisposto un nuovo documento sul "bed management" finalizzato a garantire questa importante funzione nei presidi aziendali a maggior afflusso: dopo Ravenna, in cui era già attivo, il progetto ne ha previsto l'avvio anche presso il presidio ospedaliero di Rimini.

Come ulteriore azione migliorativa, volta a normalizzare i volumi di accesso in PS e a ridurre il tempo di attesa per la presa in carico specialistica, è stato predisposto il progetto di "fast track". Nel 2016 si segnala la partenza del fast track pediatrico presso il P.O. di Forlì.

L'importante azione di omogeneizzazione svolta dal Dipartimento trasversale di Emergenza-Urgenza ha permesso di alimentare il nuovo flusso informativo regionale da Pronto Soccorso da marzo 2016. Tale risultato permetterà confronti coerenti tra le varie realtà intra-aziendali e intra-regionali.

Nel corso del 2016 è stato inoltre attivato il numero unico europeo 112 ed è partita la fase di ridefinizione dell'assetto distributivo dei mezzi di soccorso sul tutto l'esteso territorio aziendale.

Sempre con l'obiettivo di normalizzare e regolare l'afflusso ai Pronto Soccorso ed evitare ridondanze dannose per pazienti ed organizzazione il Dipartimento di Emergenza-Urgenza ha effettuato - a febbraio 2016 - un audit sull'IMA, unitamente al Dipartimento trasversale Cardiovascolare, preparatorio alla definizione e diffusione della nuova procedura STEMI.

Stessa modalità per lo STROKE, su cui si è realizzato l'audit a giugno, cui è seguita la nuova procedura, presentata e diffusa ai direttori di dipartimento il 22/11/2016 durante il Collegio di Direzione.

È stata revisionata e diffusa la procedura sul Politrauma.

Ed infine è stata definita e diffusa la procedura Ustioni di concerto con il Centro Grandi Ustionati (CGU) del P.O. di Cesena.

Il 2016 ha visto l'attività di importanti gruppi di Lavoro dipartimentali riguardo le modalità di accesso a PS, Medicina d'Urgenza, OBI ed Emergenza Territoriale. È stata prodotta la nuova procedura per la centralizzazione delle ustioni al CGU di Cesena e garantita la condivisione dei criteri di partecipazione della rete delle Terapie Intensive ad afferenza al Trauma Center sui politraumi. Per finire, il 27 settembre 2016 è stato effettuato un audit sull'importante tema delle Sepsis con PS e Terapie Intensive aziendali.

È stato definito il nuovo protocollo dipartimentale nell'ambito del contrasto alla violenza alle donne e sono stati effettuati numerosi incontri con il Socio-Sanitario per organizzare la reperibilità delle Assistenti Sociali nei prefestivi e festivi, notturni, cui si è aggiunta l'implementazione del percorso di refertazione psicologica nei PS aziendali.

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.

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.

#### **PROTOCOLLO DI INTESA CON IL MINISTERO DELLA DIFESA**

Nel corso del 2016 sono stati presi accordi con i comandi militari locali e si sta predisponendo una convenzione per l'inserimento nei percorsi formativi del personale, prevedendo la frequenza all'interno delle strutture di Pronto soccorso e di Primo Intervento, in particolare degli ambiti territoriali di Rimini e Ravenna.

#### **STAM e STEN (DGR n.1603/2013)**

##### STEN

Il gruppo di lavoro aziendale, costituito allo scopo, ha elaborato il documento per la definizione del modello di STEN unico aziendale, nel quale si è stabilito che il Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale venga effettuato da un unico team di trasporto, identificato nell'equipe della Terapia Intensiva Neonatale di Rimini, che preleva il neonato dai diversi Punti Nascita per trasportarlo nella TIN più vicina, compatibilmente con la disponibilità del posto letto, o in quella più adeguata per necessità assistenziali specifiche (es. neonato chirurgico, cardiocirurgico, neurochirurgico, di peso estremamente basso).

Il progetto sarà operativo non appena completato il percorso di arruolamento dei Pediatri e Neonatologi aziendali.

##### STAM

Nel secondo semestre sono stati effettuati diversi incontri con tutto il personale coinvolto, è stato acquisito il programma aziendale informatizzato per il trasporto in utero (NeoTS STAM) e sono stati effettuati gli incontri di formazione. Dal 9 gennaio 2017 il sistema è diventato operativo.

### **3.3 – Attività trasfusionale**

Gli obiettivi previsti nell'ambito dell'attività trasfusionale riguardano:

#### **- Applicazione di quanto previsto dal DM 2/11/2015 per aumentare il livello di sicurezza del paziente (adempimento art. 25 "Sicurezza Trasfusionale")**

I servizi di medicina trasfusionale dell'Azienda USL della Romagna hanno adottato misure necessarie per la corretta identificazione ed abbinamento univoco del paziente, campioni di sangue e unità trasfusionali (procedure P01 ambito Ravenna, P18 ambito Cesena, PROT01 ambito Rimini, PGPO58r2 ambito di Forlì). E' previsto per il 2017 l'adeguamento dei sistemi informatici in uso verso una soluzione univoca a livello aziendale, che consentirà anche la redazione di una procedura unica sulla gestione trasfusionale.

In tutte le strutture adibite ad attività trasfusionale sono stati introdotti i braccialetti identificativi dei pazienti candidati a terapia trasfusionale in regime sia di ricovero che ambulatoriale.

Al fine della prevenzione della trasfusione evitabile è stato introdotto un programma specifico di Patient Blood Management (procedura PSP P22 PBM).

#### **- Garantire il livello di autosufficienza regionale del fabbisogno di emocomponenti**

Anche per l'anno 2016 è stata garantita l'autosufficienza su scala regionale attraverso la cessione di 5.197 unità al Centro Regionale Sangue, come previsto dal CRS stesso.

#### **- Smaltire le liste di attesa presenti in Regione con il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Bologna AOSP ed evitare la perdita dei donatori**

Registro donatori ADMO: per l'anno 2016 sono stati reclutati 410 nuovi donatori per prelievo salivare e 193 nuovi donatori per prelievo ematico.

### **3.4 – Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

Gli obiettivi previsti per l'anno 2016 di verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni e del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, sono stati discussi in data 6 marzo u.s. presso il CRT di Bologna, presenti il Coordinatore del Centro Trapianti Regionale, i coordinatori locali degli ambiti aziendali e i referenti delle direzioni mediche dei Presidi Ospedalieri. Nell'occasione sono stati consegnati i documenti richiesti.

Per quanto concerne l'obiettivo di sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna): l'obiettivo è stato raggiunto a livello complessivo aziendale. L'analisi per ambito evidenzia che solamente Forlì non raggiunge lo standard previsto.

Il relazione all'obiettivo di sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna): obiettivo raggiunto solo per l'ambito di Cesena.

In linea generale, l'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule per l'AUSL Romagna si può valutare positivamente, come risulta dalle schede riportanti i dati di attività e i fondi stanziati per l'anno 2016, inviate dal CRT in data 15 febbraio 2017.

### **3.5 – Sicurezza delle cure**

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

Sempre nel 2016, sono stati segnalati alla Regione 15 eventi sentinella attraverso la compilazione della schede ministeriali. Alcune azioni di miglioramento successive all'analisi si sono trasformate in progetti aziendali (percorso perinatale) o si sono tradotte in ulteriore impulso all'elaborazione di procedure uniche aziendali (cadute, violenza operatore) o di progetti formativi (rischio suicidio). È stato dato nuovo impulso al sistema incident reporting attraverso la sensibilizzazione dei referenti del rischio e la creazione di un sistema informatizzato aziendale che non solo permette la raccolta delle segnalazione ma anche il monitoraggio degli eventuali piani di miglioramento conseguenti all'analisi delle segnalazioni. È stata redatta e pubblicata la procedura aziendale sulla gestione degli eventi avversi e near miss dove sono state esplicitate anche le modalità e le responsabilità della segnalazione.

È stato garantito l'invio in regione delle schede SOS.Net.

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 cliniche-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.

Inoltre, l'AUSL della Romagna ha aderito al progetto "VISITARE", la cui conclusione avverrà nel corso del 2017.

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).

### **3.6 – 118 e Centrali Operative**

L'attività svolta all'interno del gruppo di lavoro regionale, in applicazione alla DGR 508/2016 oltre alla rivalutazione dei protocolli, ha previsto l'introduzione di un percorso formativo sviluppato con FAD e formazione residenziale, per tutto il personale infermieristico del 118. Per motivi organizzativi - non dipendenti da questa AUSL - la formazione è stata pianificata all'interno del PAF 2017.

Rispetto all'indicatore che prevedeva l'adozione entro il 31.12.2016 di tutti i protocolli derivanti dalle linee guida regionali, l'applicazione slitterà di qualche mese - verosimilmente per giugno 2017 – in analogia con quanto previsto per le altre due Aziende interessate, in quanto trattasi di un progetto unitario.

Il percorso di omogeneizzazione delle Centrali Operative e della funzione di Disaster Recovery è stata portata a termine con la riorganizzazione e l'inserimento del personale (operatori di centrale), che sta svolgendo periodo di affiancamento.

Il principio di incendio (15 febbraio 2017) che ha coinvolto la CO Romagna con attivazione corretta del disaster recovery, rappresenta evidenza della effettiva interoperabilità delle centrali operative 118 regionali.

#### **4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**

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

Il Consuntivo 2016 dell'Azienda USL della Romagna rispetta l'obiettivo economico-finanziario del pareggio di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie dalla DGR n. 1003/2016: l'utile di esercizio è pari ad € 29.556,73. L'analisi dettagliata dei risultati raggiunti in riferimento all'obiettivo di garantire l'equilibrio economico-finanziario è contenuta nel capitolo 5 della presente relazione avente ad oggetto "La gestione economico-finanziaria dell'Azienda".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati dalla DGR 1003/2016, si precisa che è stato effettuato nel corso del 2016 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale a settembre 2016. Di tale verifica, congiuntamente all'informativa sul Bilancio Economico Preventivo 2016, adottato con delibera n. 321 del 30/06/2016 e approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1367 del 29/08/2016, è stata inoltre informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

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

##### **4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, nel 2016 l'Azienda ha proseguito la propria attività di efficientamento del ciclo passivo nelle diverse fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture, i tempi di pagamento si sono abbreviati e l'indicatore di tempestività dell'anno 2016 si è attestato a 66,8 giorni a fronte dei 72,65 giorni del 2015 e degli 80 giorni registrati nel 2014.

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

Nel corso del 2016 l'Azienda USL della Romagna ha assicurato il rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali in materia contabile, in particolare l'Azienda si è impegnata:

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

L'Azienda si è inoltre impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del proprio bilancio anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale.



Nel corso del 2016 è stata assicurata, nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche e nel bilancio di esercizio, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso l'alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali, effettuando le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale.

Per quanto riguarda la **contabilità analitica**, l'Azienda garantisce la corretta rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alla DGR 291/2010) e l'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero (sulla base di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016). In particolare, per quanto riguarda il **nuovo modello CP**, l'Azienda USL della Romagna ha partecipato attivamente alla sperimentazione regionale, verificando l'applicazione del modello sul Presidio Ospedaliero di Ravenna.

#### **4.1.3 – Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**

L'azienda nel corso dell'anno 2016 si è adoperata per dare attuazione a quanto previsto dal PAC regionale, formalizzato con DGR n.150/2015. La Direzione Amministrativa, la dirigenza e il nuovo Servizio di Auditing Interno hanno compiuto varie attività finalizzate al rispetto del crono programma e agli adempimenti da questo previsti.

Ciò ha richiesto un impegno importante considerando la fase di riorganizzazione amministrativa in essere e la coesistenza di diversi sistemi informatici amministrativo-contabili, nonché di altri applicativi utilizzati nella corrente pratica amministrativa. La redazione delle procedure ha dovuto inevitabilmente scontare allungamenti derivanti dalla necessità di una dettagliata analisi delle disomogeneità a livello di ex-AUSL e della ricerca di soluzione per il superamento, o quanto meno la riduzione delle stesse. Le procedure redatte saranno sicuramente oggetto di revisione a breve, in coerenza con le dinamiche di cambiamento degli applicativi informatici utilizzati: l'azienda sta concentrando i sistemi contabili e sottocontabili su due soli applicativi (AREAS per il ciclo attivo e NFS per il ciclo passivo) cessando l'utilizzo dei restanti (Oliamm e Formula).

L'attività si è articolata in:

- formazione e sensibilizzazione dei dirigenti e degli altri operatori coinvolti sul Percorso della Certificabilità del Bilancio, sulle Linee Guida Regionali, sulle procedure e modalità di redazione delle stesse, sull'importanza dei controlli interni;
- redazione, implementazione delle procedure. In tali fasi è stato assicurato un supporto metodologico e di consulenza specialistica, con particolare riferimento agli aspetti contabili e ai controlli, oltre che ad aspetti più prettamente formali richiesti al fine di rispettare i format qualità;
- verifica delle procedure: tale attività è stata condotta di concerto con il Servizio Auditing interno. La verifica ha riguardato sia il rispetto dei contenuti minimi stabiliti dalle linee regionali, sia l'applicazione delle procedure e dei controlli ivi previsti. I controlli sono stati estesi, in alcuni casi, ai valori di bilancio più significativi rilevati negli esercizi precedenti, al fine di verificare criticità e fornire al Collegio Sindacale i necessari elementi per esprimersi mediante le Revisioni Limitate.

Dopo la ricognizione dei regolamenti e delle procedure in essere, sono state implementate le principali procedure ed i regolamenti previsti, secondo gli adempimenti 2016, con pubblicazione sul sito intranet aziendale al fine di una loro massima diffusione.

Per quanto riguarda in particolare l'Area Debiti-costi, non appena acquisite le specifiche linee guida RER definitive, l'Azienda si è subito adoperata per redigere le procedure concernenti il ciclo passivo. In considerazione del passaggio di tale ciclo su un unico Sistema Informatico amministrativo contabile è stata redatta una procedura generale che disciplina sia gli aspetti funzionali dell'applicativo che delle attività più specificatamente attribuibili alla registrazione, contabilizzazione e pagamento dei documenti passivi. Tale procedura è di riferimento per la redazione, ancora in corso, delle specifiche procedure relative ai singoli fattori della produzione, semplificandone il contenuto, evitando duplicazioni e garantendo uniformità di trattazione.

Il Collegio Sindacale ha effettuato le Revisioni Limitate relative alle seguenti aree:

- Area del Patrimonio Netto;
- Area del Ciclo del Magazzino;
- Area delle Immobilizzazioni Immateriali e Materiali.

In tale fase l'Azienda, anche tramite il Servizio Auditing interno, ha garantito il supporto necessario, fornendo i dati ed gli approfondimenti richiesti.

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

Per quanto riguarda i un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile l'Azienda ha assicurato la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative partecipando ai diversi gruppi di lavoro organizzati dalla Regione.

#### ***4.2 – Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi***

##### INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA FRA INTERCENT-ER E LE AZIENDE SANITARIE

L'AUSL della Romagna nel 2016 ha partecipato attivamente alla sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercenter, 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, 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.

##### DEMATERIALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CICLO PASSIVO

La Regione Emilia-Romagna sulla spinta della normativa nazionale (fatturazione elettronica, ecc..) ed europea ha deliberato la "DIRETTIVA INERENTE I TEMPI E LE MODALITÀ DI UTILIZZO DEL SICIPA-ER (SISTEMA REGIONALE PER LA DEMATERIALIZZAZIONE DEL CICLO PASSIVO)" in data 23/3/2015, volta ad estendere la dematerializzazione del ciclo passivo anche ad ordini e DDT, secondo lo standard europeo PEPPOL (Pan European Public Procurement On Line), al cui progetto la Regione aderisce tramite l'Agenzia Intercent-ER, e usando come punto di collegamento alla rete Europea il Nodo Telematico di Interscambio Regionale (NoTI-ER) e come sistema di conservazione sostitutiva dei documenti emessi/ricevuti (ordini e ddt elettronici) il sistema regionale SiCiPa-ER (Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo).

Da luglio 2015 l'AUSL della Romagna è stata coinvolta in qualità di ente sperimentatore (con altri, in apposito Gruppo di Lavoro Regionale) per la parte di attività relativa al Magazzino Unico di Pievesestina. Nel corso del 2015 sono stati individuati i referenti dell'AUSL della Romagna, preposti alla partecipazione ed allo sviluppo del progetto; fra le strutture coinvolte c'è anche la Gestione Logistica Aziendale per l'attivazione del ciclo passivo informatizzato "verso e da" il Magazzino Unico di Pievesestina, con l'interfacciamento al software NFS.

Sono stati quindi attivati:

- incontri tecnici con Intercent-ER, CUP2000 e SiCiPa-ER, volti a definire i contenuti e le modalità di valorizzazione dei campi presenti nei tracciati XML in formato PEPPOL e di trattamento dei messaggi scambiati fra i sistemi informatici;
- incontri volti ad identificare le conseguenze organizzative sulle strutture che gestiscono le anagrafiche dei prodotti, su quelle ordinanti, su quelle riceventi i beni, sul trattamento e conservazione dei documenti, e infine le conseguenze funzionali negli applicativi informatici locali;
- incontri mirati sull'attività del Magazzino Unico di Pievesestina a cui ha partecipato anche il fornitore, Dedalus, per analizzare le ricadute su tale software, sia per la parte di interfacciamento - scambio di messaggi - con NoTI-ER, sia per le funzioni interne dell'applicativo a supporto del lavoro degli operatori come si ipotizza che verrà modificato dai nuovi processi;
- incontri del Gruppo di Lavoro con fornitori di beni e loro associazioni per evidenziare casi particolari, esigenze, criticità, che hanno influenzato le analisi del software.

E' stata quindi eseguita una prima analisi tecnica a seguito della quale è stato effettuato un ordine da parte di IntercentER ai vari fornitori di software, fra cui quindi Dedalus, per la realizzazione, test e messa a regime della parte di interfacciamento del software locale con NoTI-ER.

Nel primo semestre 2016 sono stati eseguiti approfonditi incontri ed analisi tecniche tra l'AUSL della Romagna e Dedalus per la parte funzionale a supporto degli operatori tecnici (magazzini e WMS) ed amministrativi (ordini e analisi DDT).

Inoltre sono stati effettuati numerosi test di interfacciamento e di comunicazione con i fornitori: Teleflex, Becton Dickinson, Boston Scientific, Alexion, sulla base di accordi intercorsi con intercent-er al fine di testare, tra le aziende AUSL coinvolte nella fase di test, fornitori diversi.

Nel secondo semestre 2016 sono stati effettuati numerosi incontri con Intercent-ER e CUP 2000 per l'analisi dello sviluppo del progetto a livello regionale, l'aggiornamento del tracciato informatico e la condivisione dei percorsi strategici ed operativi da adottare per implementare il numero di ordini emessi e dei DDT ricevuti attraverso il sistema Notier-Peppol.

Per la realizzazione operativa di tale progetto è stato necessario contattare i fornitori prima dell'attivazione, adeguare i software, testare i sistemi, formare gli operatori aziendali, rapportarsi con le Ditte durante la fornitura per verificare l'adeguatezza dei processi adottati.

In considerazione della progressiva dismissione dei software degli ambiti territoriali di Forlì (Areas), Ravenna (Oliamm) e Rimini (Formula), l'interfacciamento con NoTI-ER è stato interfacciato con il sistema software NFS che verrà gradualmente distribuito sugli ambiti territoriali della Romagna.

Pertanto con il completamento di tale diffusione del sistema NFS, si completerà la dematerializzazione di tutto il ciclo passivo per l'intero territorio su cui opera l'AUSL della Romagna e l'utilizzo del sistema Notier-Peppol incrementerà progressivamente anche in ragione dell'istallazione di NFS presso i singoli ambiti

territoriali. Nel 2016 il sistema NFS era presente presso l'ambito di Cesena e da ottobre presso l'ambito di Rimini. Nel corso del 2017 NFS verrà installato presso l'ambito di Forlì e l'ambito di Ravenna.

Nel corso del 2016 sono stati emessi i seguenti ordini nel sistema informatico NFS.

Indicatori	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE PERIODO
Numero ordini emessi complessivamente utilizzando il sistema NFS	2.072	1.831	2.045	3.319	3.442	3.096	15.805
Numero ordini emessi utilizzando il sistema Notier-Peppol	576	675	934	1.573	1.711	1.564	7.033
Percentuale ordini Notier-Peppol sul totale ordini emessi	27,80%	36,87%	45,67%	47,39%	49,71%	50,52%	44,50%

Come si evince dalla tabella suddetta è in atto un progressivo incremento percentuale del numero di ordini emessi attraverso il ciclo passivo informatizzato (Notier-Peppol) rispetto al numero di ordini totali; tale trend incrementerà ulteriormente nel 2017.

#### SVILUPPO DELL'E-PROCUREMENT

L'Azienda USL della Romagna ha sperimentato la nuova piattaforma di e-procurement, messa a disposizione dell'Ausl verso la fine del 2016, per la gestione di procedure comunitarie, con l'indizione e l'espletamento dell'appalto per la fornitura di tecnologie biomedicali.

La piattaforma per le procedure sotto soglia comunitaria è utilizzata quotidianamente per l'espletamento di RDO, tutte le volte che viene ivi rilevato il metaprodotto, diversamente viene utilizzata la piattaforma informatica per il mercato elettronico Consip.

L'Azienda, inoltre, ha aderito a tutte le convenzioni di Intercenter non appena sono state rese attive, anche con il recesso dai contratti di proroga in essere. Poiché a tutt'oggi il Bilancio Economico aziendale 2016 non è ancora definito, è difficile esprimere in termini percentuali il totale degli acquisti di beni e servizi effettuati mediante il livello di centralizzazione.

Per quanto riguarda contratti relativi a farmaci, si evidenziano acquisti su convenzioni IC per circa Euro 67.600.000,00, oltre a circa Euro 53.000.000,00 di contratti in proroga di adesioni a convenzioni Intecenter, in attesa che l'Agenzia emani le nuove convenzioni già inserite nelle precedenti programmazioni annuali, e ciò per un totale di circa Euro 120.600.000,00.

Per quanto riguarda gli antisettici, nel 2016 non sono stati contrattualizzati.

#### **4.3 – Il governo delle risorse umane**

Il Piano Assunzioni 2016, predisposto sulla base delle indicazioni regionali (nota prot. n. 91009 del 27 aprile 2016) è stato autorizzato dalla Regione con nota del prot. 0541075 del 21 luglio 2016 relativamente alla copertura del turn over e al costo complessivo del personale. A seguire con accordi fra la Regione le OO.SS. del comparto e della dirigenza (in data 19.09.2016, 02.11.2016 e 5.12.2016) sono state autorizzate ulteriori assunzioni.

Il suddetto piano assunzioni, nell'ambito del quale si evidenziano le distinte componenti date dalla copertura del turn over e delle strutture complesse autorizzate dal livello regionale, dalle assunzioni legate al superamento del lavoro atipico, ai nuovi servizi ed internalizzazioni, al piano ex Legge n. 161/2014, al piano di potenziamento estivo, al piano temporaneo di garanzia dei livelli assistenziali nonché al piano di consolidamento e di superamento del precariato, ha determinato una previsione del costo del personale dipendente per l'anno 2016 pari a complessivi Euro 699.602.602.

In linea generale, le assunzioni per l'anno 2016 sono caratterizzate da alcuni elementi di continuità rispetto all'anno precedente. Ciò 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. Si è tuttavia reso necessario prevedere assunzioni aggiuntive collegate all'esigenza di garantire la turnistica in seguito all'entrata in vigore della Legge 161/2014. Le relative assunzioni sono avvenute in linea di massima tramite l'instaurazione di rapporti di lavoro a tempo determinato straordinari (per la durata di 6 mesi per il personale del comparto e per la durata di 12 mesi per il personale della dirigenza).

Il monitoraggio condotto mensilmente, finalizzato alla verifica dell'andamento dei costi del personale, ha evidenziato nel corso dei mesi un andamento discontinuo collegato alla tempistica dei percorsi di reclutamento (esperimento procedure di mobilità interna prima delle assunzioni in ruolo) ed alla non sempre immediata disponibilità delle risorse da assumere, tenuto conto delle graduatorie prodotte, prima dell'unificazione, dalle ex Aziende confluite.

L'esercizio 2016 si è chiuso con una spesa per il personale a tempo indeterminato e determinato pari a complessivi Euro 699.448.038, con un incremento rispetto al 2015 di circa l'1,33% pari ad Euro 9.213.752, nell'ambito comunque del complessivo equilibrio del bilancio aziendale.

In particolare, rispetto alle indicazioni relative al piano di consolidamento e superamento del precariato, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1735/2014 e dalla programmazione per l'anno 2016:

- è proseguito il consolidamento del personale del comparto assumendo a tempo indeterminato n. 35 figure a fronte della cessazione di un corrispondente numero di rapporti di lavoro a tempo determinato;
- si 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, sulla base di specifica richiesta e dell'autorizzazione regionale sopra indicata.

Rispetto alle strutture complesse sanitarie, in attesa della riorganizzazione della rete ospedaliera e comunque in coerenza con gli standard previsti dal Patto per la Salute, richiamati nel D.M. 70/2015 nonché sulla base di specifiche autorizzazioni regionali, si è proceduto nel corso del 2016 a portare a compimento le selezioni per l'attribuzione degli incarichi delle seguenti Strutture Complesse:

Ambito	Struttura
<b>Rimini</b>	UO Anestesia Rianimazione
<b>Forlì</b>	UO Anestesia Rianimazione
<b>Cesena</b>	UO Anestesia Rianimazione

<b>Ambito</b>	<b>Struttura</b>
<b>Forlì</b>	UO Chirurgia e Terapie Oncologiche Avanzate
<b>PVS</b>	UO Farmacia Centralizzata
<b>Ravenna</b>	UO Ematologia
<b>PVS</b>	UO Genetica Medica
<b>Ravenna</b>	UO Gastroenterologia
<b>Ravenna</b>	UO Oncologia
<b>Forlì</b>	UO Chirurgia Toracica
<b>Ravenna</b>	UO Chirurgia Generale Faenza
<b>Rimini</b>	UO Pediatria
<b>Ravenna</b>	direttore distretto
<b>Rimini</b>	UO Ginecologia Ostetricia

Contestualmente, in attesa della sopra richiamata riorganizzazione ospedaliera, l'Azienda ha provveduto a richiedere l'autorizzazione ad attivare ulteriori procedure selettive pubbliche per la copertura di Strutture Complesse che verranno portate a termine nel 2017.

Sono stati contestualmente attribuiti/prorogati gli incarichi temporanei di responsabilità di strutture complesse (INTERIM o Facenti Funzione ai sensi dell'art. 18 del CCNL 08.06.2000) vacanti (per un totale di n. 65 posizioni).

Nel corso del 2016, l'Azienda ha inoltre proseguito, come già detto, il percorso di progressivo superamento delle forme contrattuali c.d. atipiche. Questo percorso ha determinato una diminuzione della relativa spesa. A consuntivo, infatti, la spesa per il lavoro atipico risulta essere complessivamente pari ad Euro 2.512.883 e con un risparmio rispetto al 2015 di circa il 51,87% pari ad Euro 2.708.012.

Si rammenta che nel corso del 2015 l'Azienda USL della Romagna ha completato il riassetto organizzativo delle funzioni Amministrative, Tecniche e di Staff: con l'atto deliberativo n. 524 del 7/7/2015 ad oggetto "Provvedimenti organizzativi a seguito della positiva verifica regionale dell'atto aziendale: approvazione assetto organizzativo AUSL Romagna" si è definita la nuova configurazione fino al livello delle Strutture Complesse (n. 26); a seguire con deliberazione n. 831 del 18/11/2015 si è proceduto all'individuazione degli incarichi di livello inferiore - Strutture Semplici ed incarichi di Alta Professionalità (n. 16) - sempre riferiti alle aree di staff e di supporto tecnico e amministrativo. Le selezioni interne per l'affidamento degli incarichi sono state espletate in settembre (SC) e in dicembre (SS e IPA) ed i relativi incarichi sono stati assegnati con decorrenza rispettivamente 1/10/2015 e 1/1/2016. A seguire con decorrenza 1/1/2017 sono stati assegnati anche gli Incarichi Professionali Qualificati e gli Incarichi Professionali, nelle medesime Aree Amministrative, Tecniche e di Staff.

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%. E' attualmente in corso la riorganizzazione di tutte le UU.OO. Amministrative e Tecniche e di Staff a livello di definizione della numerosità e composizione delle dotazioni degli organici (sedi centrali e uffici decentrati), compresa la parte relativa alla definizione delle Posizioni Organizzative del Comparto.



Nel corso del 2016 l'Azienda USL della Romagna ha garantito la piena collaborazione al gruppo di lavoro regionale sul Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU) dell'Emilia Romagna tramite la partecipazione dei dirigenti - Federica Dionisi, Angela Graziani, Lorella Sternini, Daniela Righetti, Riccardo Ronchi, Enrica Peroni, Anna Cicognani – afferenti le UU.OO. Gestione Risorse Umane e Sistemi Informativi, nonché degli altri collaboratori individuati in relazione alle specifiche competenze rispetto alle Aree Economica, Giuridica e Presenze. Il lavoro è stato svolto non solo nell'ambito del citato gruppo ma anche "sul campo" in relazione alle esigenze di estrazione, verifica e allineamento delle voci utilizzate nei corrispondenti sistemi informativi a quelle del nuovo GRU (WHR TIME). L'Azienda USL della Romagna, inserita nel primo gruppo di aziende regionali con data di avvio del nuovo sistema unitario per il 1° gennaio 2017, ha rispettato tale scadenza assicurando il passaggio dal WHR Romagna al WHR Time per tutte le aree indicate.

Quanto sopra ha necessariamente comportato, ai fini della configurazione del programma, anche un notevole impegno sul versante dell'omogeneizzazione degli accordi sindacali e dei principali regolamenti inerenti gli istituti del personale fra i quali in particolare si citano i Regolamenti sull'orario di Lavoro del Comparto (sottoscritto il 18 maggio 2016), della Dirigenza (sottoscritto il 7 dicembre 2016) e delle indennità per particolari condizioni di lavoro del personale del comparto (sottoscritto il 6 marzo 2017).

A ciò occorre aggiungere le attività di omogeneizzazione delle procedure ed istruzioni operative riferite alla gestione giuridica ed economica del personale.

Tra gli accordi di maggior rilevanza si citano quelli riferiti a:

- accordo integrativo sottoscritto con le OO.SS. della dirigenza PTA ad oggetto "retribuzione di posizione e di risultato della dirigenza professionale tecnica e amministrativa dell'Ausl della Romagna sottoscritto il 10 giugno 2016;
- "valorizzazione professionale ed economica del personale dell'area del comparto attraverso l'istituto delle Progressioni Economiche Orizzontali", sottoscritto il 30 settembre 2016 e applicato mediante valutazione del personale e predisposizione della graduatoria PEO 2016 (oltre 11 mila candidati);
- accordo integrativo sottoscritto nella medesima data ad oggetto "produttività collettiva del personale del Comparto dell'Azienda Usl della Romagna" anche quello riferito alla PEO 2016;
- accordo integrativo sottoscritto con le OOSS della dirigenza PTA ad oggetto "retribuzione di posizione e di risultato della dirigenza professionale tecnica e amministrativa dell'Ausl della Romagna sottoscritto il 10 giugno 2016.

#### **4.4 – Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

Rispetto all'indicatore target utilizzato per la valutazione della tempestività dell'istruttoria dei casi di competenza aziendale (presenza della valutazione medico legale/determinazione del CVS) analizzando il dato complessivo dei 4 anni di gestione diretta emerge che il 52% (media regionale 61%) dei sinistri aperti in questi anni ha una relazione medico legale e il 35% (media regionale 42%) una determinazione del CVS.

Complessivamente quindi l'AUSL della Romagna si trova poco al di sotto della media regionale, ma analizzando i singoli anni risulta evidente che questo distacco si è realizzato soprattutto nel corso del 2016 (sinistri con valutazione medico legale sono pari al 12% -RER 35,7%- sinistri con determinazione del CVS 5% -RER 19%). Deve essere tuttavia puntualizzato che nel corso del 2016 emersa la criticità, legata anche ai processi di riorganizzazione, sono state potenziate le risorse della medicina legale (con acquisizione di



ulteriori 4 dirigenti medici completatisi a fine anno) )ed è stato elaborato un piano per lo smaltimento dell'arretrato. L'U.O. assicurazioni inoltre, ha acquisito una ulteriore risorsa specializzata al fine di implementare le attività di trattazione dei sinistri una volta istruiti.

#### **4.5 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti**

Rispetto all'obiettivo di potenziare le piattaforme logistiche ed informatiche, nell'area dell'INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) si sono realizzati i seguenti risultati:

##### 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.

##### 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.

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 e probabilmente supererà gli 8 punti con l'anno intero.

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

#### **4.6 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche**

##### PIANO INVESTIMENTI

Nel corso del 2016 sono in fase di esecuzione avanzata un importante numero di interventi strutturali concentrati nei principali presidi sanitari e relativi a finanziamenti statali (ex ART. 20 IV fase 2° stralcio) e regionali; mentre sono state sviluppate le prime fasi della progettazione inerenti gli interventi finanziati con l'ART. 20 IV fase Addendum (APB) e presentate al gruppo regionale, il tutto nel rispetto delle tempistiche di norma. In dettaglio:

**APb24** - Ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza;

**APb25** - Ammodernamento sistemi e tecnologie di diagnostica per immagini.

Sono state presentate le richieste di liquidazione di interventi terminati, rientranti in programmi di investimento dal 2003 al 2011. In sede di Monitoraggio sullo stato di attuazione dei Programmi di investimento in sanità (PROFILER) ne è stata data evidenza.

##### GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE

E' stata inviata agli uffici competenti della Regione tutta la documentazione richiesta per la realizzazione dei Fondi immobiliari, compilando apposite schede riassuntive e partecipando agli incontri.

In merito agli indicatori e Target:

- Entro la scadenza prevista dall'art.1, lett. b e dall'art.3, comma 4 del DM 19/03/2015 (24/04/2016), sono state presentate le Scia ai competenti uffici dei Comandi Provinciali VVF attestanti l'esecuzione degli interventi di adeguamento. Sono stati elaborati e presentati i progetti direttori di adeguamento. E' stato approvato, con deliberazione del DG n.158 del 19/04/2016 (modificata con deliberazione n.311 del 29/06/2016), il sistema di sicurezza finalizzato all'adeguamento antincendio (SGSA) ed è stato nominato il responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTA).
- Sono state svolte le valutazioni della vulnerabilità sismica degli elementi strutturali ed il rilievo degli elementi non strutturali. La programmazione degli interventi dei principali immobili è svolta sulla base dei risultati di tali analisi e secondo la normativa vigente. Si è predisposto report di sintesi dei risultati ed istituito un gruppo tecnico aziendale per la definizione degli interventi sugli elementi non strutturali.

##### MANUTENZIONE

Si è attivamente partecipato alla redazione delle schede AGENAS fornendo i dati richiesti per i presidi ospedalieri dell'AUSL individuati quale "campione" (Riccione, Faenza, ....)

La manutenzione si è sviluppata mediante adesione alla convenzione Consip denominata MIES, mediante stipula di Accordo Quadro con un solo operatore, dedicata principalmente alle attività manutentive non ricomprese nella adesione alla convenzione Consip, mediante appalto con inserimento di soggetti svantaggiati per le aree verdi e le pulizie delle aree esterne e mediante singoli appalti con lo strumento MEPA tra cui, in particolare, gli impianti dialisi, la prevenzione della legionella e le verifiche prestazionali degli impianti dell'aria e la qualifica norme ISO.

Nel corso del 2016, in coincidenza con l'entrata in vigore del DM 15.03.2015 con la manutenzione si è garantita la completezza delle Squadre antincendio.

E' stato inoltre prodotto uno studio per il Call Center unico e per l'attivazione dei centri di gestione emergenza richiesti dal DM citato, che a partire dal 2017 troverà applicazione.

Il costo della manutenzione si allinea alla media regionale.

#### USO RAZIONALE DELL'ENERGIA

In tutte le gare d'appalto per l'esecuzione dei lavori sono previsti 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.

#### TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Per quanto concerne le tecnologie biomediche previste nei progetti (APb24 e APb25) (Programma straordinario di investimenti in sanità, ex art. 20L. 67/88 IV Fase, 2° stralcio – ADDENDUM), le apposite schede di valutazione sono state inviate in RER all'attenzione del GRTB in data 22/11/2016 con prot. 0252658/P e presentati al gruppo nell'incontro del 15/12/2016.

Per quanto concerne il flusso informativo delle tecnologie biomediche, lo stesso è stato garantito secondo le scadenze indicate dalla Regione.

Tutte le attrezzature soggette a valutazione sono state presentate al GRTB (vedi prot. 05252658/p del 22/11/2016).

Per quanto concerne i tempi di utilizzo di alcune specifiche tecnologie quali TC, RMN Mammografi e Robot Chirurgici, il monitoraggio è stato inviato dall'UO IVT nei tempi richiesti ed i dati sono contenuti nei report regionali di confronto, l'ultimo dei quali (Umammografi) è stato approvato dal GRTB in data 12/01/2017.

## **5 – Le attività presidiate dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**

### SOSTEGNO ALLE ATTIVITÀ DI RICERCA

- Nel corso del 2016 l’Azienda USL della Romagna ha assicurato l’accesso regolare all’applicativo.
- Il numero di schede 2016 inserite è in linea con quello degli anni precedenti.

### CONTRASTO DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL’ASSISTENZA

La partecipazione al Sistema di Sorveglianza SiChER, per gli interventi chirurgici sorvegliati nell’ambito dell’AUSL Unica della Romagna, è maggiore del 75% degli interventi sorvegliabili (ci sono differenze nei diversi ambiti territoriali con percentuali più basse nell’ambito territoriale di Ravenna e più alte negli ambiti territoriali di Rimini e Cesena).

La fonte dei dati è Regionale e la reportistica viene prodotta con un anno di ritardo considerando che molti interventi hanno una sorveglianza piuttosto lunga.

Il Laboratorio unico di Pievesestina soddisfa le richieste con l’invio quadrimestrale dei files verso il centro di riferimento Regionale.

Il Laboratorio di Pievesestina elabora e diffonde, in collaborazione con il Nucleo Strategico SPIAR, una reportistica che fotografa la realtà epidemiologica dell’AUSL della Romagna.

Per quanto riguarda il dato sul consumo di gel idroalcolico, ci sono ampie differenze negli ambiti territoriali dell’Azienda con target di 20 lt. ampiamente superati nell’ambito territoriale di Rimini; raggiunti nell’ambito territoriale di Forlì; non ancora raggiunti nell’ambito territoriale di Cesena e Ravenna.

Per quanto riguarda le attività di Formazione sul Campo degli operatori sanitari relativamente le pratiche di igiene delle mani, anche qui sono presenti differenze dei diversi ambiti territoriali.

In generale attività di questa natura sono svolte in tutti gli ambiti territoriali, anche la maggiore implementazione di queste attività avviene coerentemente al consumo di gel idroalcolico negli ambiti di Rimini e Forlì.

Per quanto riguarda l’utilizzo dell’applicativo MAppER viene pienamente utilizzato solo nell’ambito territoriale di Rimini.

Relativamente alla partecipazione del Sistema di Sorveglianza sulle CPE il caricamento dei files mensili con i dati di circolazione di questi microrganismi avviene nel pieno rispetto delle regole Regionali, compreso l’invio dei files O-reporting.

Per quanto riguarda la segnalazione delle batteriemie attraverso il Sistema SMI questo è assolutamente garantita da tutte le Strutture pubbliche e parte di quelle private.

### SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

L’Azienda USL della Romagna ha provveduto alla redazione di un piano sinottico in cui sono stati evidenziati i nuovi criteri dell’accreditamento (come da DGR 1604/2015) ed i requisiti richiesti dalla DGR 327/2004. Le visite interne hanno previsto l’informazione/formazione e verifica del grado di adesione rispetto ad alcuni requisiti di accreditamento (rif. DGR 1604/2015) secondo un ordine di priorità che ha interessato temi quali audit clinici, gestione del rischio (es. incident reporting, gestione dei farmaci, gestione della documentazione sanitaria, ecc.), gestione delle attrezzature, presenza di percorsi clinico assistenziali.

L’Azienda ha inoltre provveduto ad identificare una rete di Responsabili Qualità di Dipartimento e UU.OO. afferenti e identificare una rete di Referenti/facilitatori di audit clinico. Infine è stata effettuata specifica formazione sui nuovi requisiti di accreditamento ai Responsabili Qualità di Dipartimento ed ai Direttori di Dipartimento.

I valutatori per l'accreditamento regionali dipendenti all'Azienda USL della Romagna hanno partecipato alle visite di verifica esterne per le quali sono stati convocati dalla ASSR con nota formale (100%).

I valutatori per l'accreditamento regionali dipendenti all'Azienda USL della Romagna hanno partecipato alle attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze per le quali sono stati convocati dalla ASSR con nota formale in una percentuale pari al 92%.

#### PROMOZIONE DI POLITICHE DI EQUITÀ E PARTECIPAZIONE

L'Azienda USL della Romagna ha garantito la propria partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti equity oriented nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi, riferiti al Piano regionale della Prevenzione 2015-2018, attraverso una serie di azione di seguito illustrate.

E' stato individuato un gruppo di operatori dell'azienda, coinvolti nel piano locale attuativo del PRP, che ha partecipato alle giornate di formazione locale, sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA), organizzate in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale. La formazione ha previsto una prima sessione dedicata allo strumento EqIA e alle sue potenziali applicazioni; a seguire sono state realizzate tre sessioni con gruppi di lavoro specifici sui seguenti temi del PRP: Screening e prevenzione oncologica, Obesità Infantile e Promozione dell'Attività Fisica

Hanno partecipato alla formazione, svoltasi il 12 e 13 aprile 2016, 24 operatori sanitari dell'AUSL della Romagna e 3 dell'IRST di Meldola.

Il gruppo ha individuato cinque progetti del PRP, nella sua declinazione attuativa locale, a cui applicare la valutazione di equità. I progetti sono quelli delle seguenti schede:

- **Scheda 2.8** "Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse della comunità locale";
- **Scheda 2.12** "Implementazione e monitoraggio dei programmi di screening oncologici";
- **Scheda 4.1** "Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità";
- **Scheda 6.6** "Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche";
- **Scheda 6.7** "Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche".

Un gruppo aziendale ristretto, composto dal referente aziendale per l'equità, dai referenti delle schede di progetto sopra elencate e dal dott. Palestini dell'Agenzia Sanitaria Regionale si è incontrato tre volte nell'arco dell'anno (18 maggio, 7 ottobre, 25 novembre) per verificare il livello di applicazione dello strumento EqIA nei progetti individuati, monitorare la tempistica prevista ed eventuali criticità.

**Scheda 2.8** "Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse della comunità locale"

Il percorso di applicazione dello strumento EqIA in questo progetto si è sviluppato prevalentemente nel territorio del Comune di Cesena, dove è stato organizzato un incontro con il "tavolo permanente sullo sport" composto da rappresentanti dell'amministrazione comunale, dell'AUSL, di enti di promozione sportiva e da cittadini che si è riunito il 6 Ottobre 2016 e ha iniziato un percorso di Health Equity Audit su questo specifico progetto.

**Scheda 2.12** "Implementazione e monitoraggio dei programmi di screening oncologici"

In data 6 luglio 2016 è stata effettuata, presso l'IRST, la valutazione di equità dello screening della cervice uterina con lo strumento EquiA ed è stato redatto il report dell'incontro (scheda allegata) con le relative indicazioni per il miglioramento del servizio.

**Scheda 4.1** "Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità"

Il gruppo di lavoro ha ritenuto fondamentale, prima dell'avvio del percorso di valutazione EquiA, realizzare una mappatura locale dell'offerta in modo da predisporre un quadro, il più possibile esaustivo, delle realtà da coinvolgere nel percorso di valutazione. La predisposizione della mappa dell'offerta è poi stata allargata a più ambiti grazie alla collaborazione dei colleghi di altri territori.

**Scheda 6.6** "Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche"

La valutazione tramite EquiA sul modello di presa in carico del bambino obeso, si è concentrata sul 2° livello e sulla progettazione dell'equipe multidisciplinare territoriale, partendo dall'esperienza del territorio di Rimini e allargandosi successivamente alle altre realtà territoriali dell'azienda. Dal momento che i progetti legati a questa scheda dovranno poi essere oggetto di valutazione anche tramite health equity audit (in riferimento al progetto CCM "Equity audit nei PRP in Italia"), è stata realizzata prima la valutazione tramite EquiA per l'ambito di Rimini (15 luglio 2016), in modo da avviare successivamente la raccolta dati per la stesura del profilo di equità.

**Scheda 6.7** "Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche"

Per quanto riguarda i progetti relativi ad AFA/EFA, si prevede di organizzare un incontro nei primi mesi del 2017 con le associazioni a sostegno dei pazienti cronici per declinare meglio le attività previste. Si riscontra infatti un gap tra l'offerta di servizi esistente e i bisogni percepiti dalla popolazione di utenti, che si traduce spesso in una "fuga" degli utenti verso offerte sanitarie in altri territori. Si condivide la scelta di focalizzarsi inizialmente sulle associazioni a sostegno dei parkinsoniani e di raccogliere i bisogni espressi dalle associazioni stesse attraverso uno specifico incontro. Si procederà alla convocazione dell'incontro con le Associazioni dei malati di Parkinson che operano nei quattro ambiti dell'Azienda (FO-CE-RN-RA) con finalità di conoscenza reciproca e di presentazione del percorso EquiA.

**LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE**

In riferimento agli obiettivi e risultati attesi in termini di implementazione di iniziative formative residenziali in grado di trasferire i contenuti teorici al contesto lavorativo e che abbiamo previsto al loro interno, nell'impostazione metodologica adottata, la misurazione dell'efficacia delle azioni formative, si produce a seguito una sintetica descrizione dei 5 corsi formativi, selezionati tra tutti i corsi attivati nell'anno 2016, maggiormente significativi e a comprova del raggiungimento degli indicatori e target predefiniti.

**1. Titolo del corso di Formazione: "Conseguimento dei requisiti previsti dalla Determina AIFA sulla conduzione di studi di fase I presso le Unità Cliniche dell'AUSL della Romagna"**

Descrizione: il corso progettato ha visto lo sviluppo di due edizioni, implementate contemporaneamente, dal mese di settembre al mese di novembre 2016, per un totale di 40 ore ad edizione. Il corso di formazione residenziale prevedeva i seguenti obiettivi, sia di natura strategica che specifica: A) ottenere e mantenere i requisiti per essere autorizzati a condurre sperimentazioni di Fase 1 in conformità alla Determina AIFA 809/2015 - B) formare e aggiornare il personale assegnato funzionalmente presso le unità operative individuate per la gestione dei progetti di ricerca di fase 1, in conformità ai contenuti della Determina AIFA 809/2015. L'attività formativa ha determinato l'autocertificazione di tre 3 Unità cliniche di fase 1 deliberate

presso l'Azienda USL della Romagna nell'anno 2016, oltre ad aver elaborato durante l'attività formativa n°102 procedure e 3 Manuali della Qualità.

*2. Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti*

Descrizione: Il progetto formativo implementato era propedeutico all'attività di sorveglianza Nazionale delle Infezioni correlate all'assistenza finanziate dal CCM del Ministero della salute e coordinate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna. Gli obiettivi formativi erano rappresentati dalla necessità di trasferire ai vari discenti le modalità e gli strumenti di raccolta dati, oltre che attivare i relativi processi di interiorizzazione degli stessi e definire aspetti gestionali – organizzativi tesi alla raccolta dei dati nelle rispettive unità operative. In termini operativi il progetto formativo aveva l'obiettivo di attivare un sistema di rilevazione dati nel rispetto delle indicazioni scientifiche, attendibile e aggiornato sulla frequenza delle infezioni, l'uso di antibiotici sui pazienti, l'identificazione delle procedure clinico – assistenziali maggiormente a rischio e sulle pratiche di prevenzione adottate. Inoltre, l'intervento formativo aveva l'obiettivo di individuare le priorità d'intervento preventivo da implementare a livello Europeo, Nazionale, fino ad arrivare al contesto operativo locale. La ricaduta organizzativa è rappresentata, oltre alla partecipazione attiva allo studio, dall'implementazione delle pratiche di prevenzione e uso razionale della terapia antibiotica.

*3. Cure pulite sono cure più sicure -linee guida sull'igiene mani OMS*

IL corso di formazione residenziale aveva come obiettivo generale quello di far acquisire e interiorizzare le 5 indicazioni OMS per praticare l'igiene delle mani e l'efficacia dell'antisepsi alcolica. L'elevare le conoscenze teoriche ha permesso di elevare a livello aziendale la percentuale di adesione alle pratiche di igiene mani soprattutto al letto del paziente.

Il corso di formazione, da un punto di vista metodologico, prevedeva la valutazione, a breve, medio e lungo termine, dell'impatto a livello operativo attraverso i seguenti indicatori:

- Il consumo di gel alcolico;
- L'aumento dell'adesione nelle successive osservazioni;
- La riduzione dei cluster epidemici nelle rispettive UU.OO.

*4. Riflessioni e proposte sulla gestione del rischio infettivo e dell'uso responsabile degli antibiotici*

Descrizione: Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono associate ad una significativa morbilità; esse determinano un allungamento della degenza ospedaliera e possono determinare disabilità prolungata o permanente. Le ICA sono infezioni insorte dopo 48 ore dal ricovero ospedaliero o da una prestazione assistenziale in ambito territoriale (ambulatorio, day hospital, casa di riposo ecc.), che non erano presenti né in incubazione al momento del ricovero o al momento della prestazione assistenziale. I casi di ICA rappresentano un evento avverso delle cure mediche-assistenziali in quanto sono in gran parte prevenibili (30%) adottando misure di buone pratiche assistenziali e soprattutto rispettando le indicazioni all'igiene delle mani. La frequenza varia dal 5% al 10% in ospedale; è del 5% nei pazienti ospiti di strutture per anziani e dell'1% nei pazienti assistiti a domicilio. Attualmente le ICA sono complicate anche dal fatto che spesso i microrganismi responsabili, sono multiresistenti agli antibiotici: ciò rende difficile e spesso inefficace il trattamento farmacologico.



Tutto questo ha una ricaduta negativa sui pazienti in quanto, oltre ad un incremento di sofferenza e disabilità, con malattie più severe e morti evitabili si hanno ricadute economiche con aumento dei costi per le famiglie e per la sanità con prolungamento dei ricoveri e maggior numero di interventi diagnostico-terapeutici. Il nostro territorio non è esente da questo problema e quindi tutti siamo chiamati oltre che a prenderne atto ad applicare le conoscenze, i protocolli e le linee guida disponibili per controllare e contenere il fenomeno.

L'intervento formativo aveva come obiettivi, in termini di modifica comportamentale e di impatto organizzativo gestionale, i seguenti indicatori di esito e di processo:

- l'aumento nell'uso del gel alcolico per il lavaggio delle mani;
- la razionalizzazione del consumo di antibiotici attraverso l'adesione delle indicazioni delle procedure e dei protocolli terapeutici validati
- la gestione corretta dei pazienti portatori/infetti da germi multi resistenti.

#### 5. SEA – Significant Event Audit nell'ambito del servizio Infermieristico domiciliare

L'attività formativa progettata e implementata, nell'ambito del Servizio Infermieristico Domiciliare, ha determinato l'adozione sistematica e istituzionalizzata della metodologia SEA, in termini di gestione del rischio in condivisione col personale infermieristico. L'utilizzazione del sistema di analisi SEA ha permesso di individuare e condividere con sistematicità all'interno dei vari contesti organizzativi e gestionali le criticità e le loro cause, ed attuare azioni e approcci organizzativi e comunicativi al fine di individuare, di concerto, delle strategie per risolvere le criticità rilevate al fine di migliorare la qualità assistenziale.