



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000118
DATA: 29/06/2020 17:09
OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2019 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Commissario Straordinario
Con il parere favorevole di Neri Andrea - Sub Commissario Sanitario
Con il parere favorevole di Donattini Maria Teresa - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Claudio Mazzoni - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE che
esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [08-04]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE

DOCUMENTI:

| File | Firmato digitalmente da | Hash |
|---------------------------------------|---|--|
| DELI0000118_2020_delibera_firmata.pdf | Donattini Maria Teresa; Mazzoni Claudio; Neri Andrea; Rossi Andrea | 7A8E54EB9F94555C6C0BED0DD25F5135 E5119B8FBE3289493E59260E32A1A86F |
| DELI0000118_2020_Allegato1.pdf: | | C33B3B81864A8595716B4576B037906468 76F0684ED77B083CB91B1DA8FFAFB8 |



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2019 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

-- Visto l'art.10 del D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che dispone che ogni Pubblica Amministrazione, anche al fine di consolidare il sistema delle relazioni intercorrenti tra la stessa e gli stakeholders, provveda annualmente a rendicontare attraverso apposita relazione i risultati conseguiti a livello di organizzazione complessiva in ordine agli obiettivi istituzionali assegnati;

- preso atto della delibera OIV-SSR n. 3/2016, con la quale è stato definito lo schema tipo a cui la Aziende del SSR si devono attenere, per la predisposizione annuale della Relazione sulla Performance attraverso la quale rappresentare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici ed istituzionali previsti dagli atti di programmazione regionale e dal Piano della Performance aziendale;

- vista da ultimo la nota dell'OIV- SSR prot. PG/2020/00447598 del 18/06/2020 che fissa al 30 giugno del corrente anno la data di adozione da parte delle Aziende del SSR della Relazione della Performance 2019;

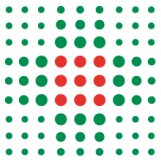
- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2019 redatto dal Referente aziendale, in staff alla Direzione Generale, che risulta coerente con lo schema regionale ed adeguato alle esigenze informative dei soggetti istituzionali a cui è destinato;

- ritenuto pertanto, per le motivazioni riportate in premessa, di provvedere all'approvazione della Relazione della performance per l'anno 2019 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Delibera

1) di approvare la Relazione sulla performance dell'Azienda USL di Imola per l'anno 2019 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

2) di provvedere alla pubblicazione nell'apposita sezione del sito aziendale della trasparenza amministrativa, la Relazione sulla Performance per l'anno 2019, nel testo elaborato in attuazione delle



disposizioni regionali impartite di cui da ultimo con nota OIV-SSR prot. n. PG/2020/00447598 del 18/06/2020;

3) di dare atto, inoltre, che al documento stesso sarà data la massima e idonea divulgazione sia all'interno che all'esterno dell'Azienda;

4) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 18, comma 4, della L.R.16.7.2018 n. 9.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2019

(ART. 10 D.Lgs n. 150/2009 – Delibera OIV-SSR n. 3/2016)

INDICE

| | |
|---|------------|
| Premessa | 4 |
| L'Azienda..... | 6 |
| Mission | 6 |
| Territorio e popolazione | 6 |
| Assetto organizzativo..... | 10 |
| Executive Summary..... | 12 |
| 1. Dimensione di performance dell'utente..... | 17 |
| 1.1 Area dell'accesso | 17 |
| Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero..... | 17 |
| Governare della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico | 21 |
| 1.2 Area dell'integrazione | 23 |
| Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale | 23 |
| Integrazione socio-sanitaria | 37 |
| 2. Dimensione di performance dei processi interni..... | 44 |
| 2.1 Area della produzione..... | 44 |
| Riordino assistenza ospedaliera | 44 |
| Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio | 55 |
| Attività di prevenzione e promozione della salute..... | 64 |
| 2.2 Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico | 72 |
| Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico..... | 72 |
| Governare della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco | 78 |
| 2.3 Area dell'organizzazione | 89 |
| Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici..... | 89 |
| Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento accessibilità ai servizi | 92 |
| Adempimenti nei flussi informativi | 93 |
| 2.4 Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza..... | 95 |
| Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza | 95 |
| 3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo..... | 98 |
| 3.1 Area ricerca e didattica | 98 |
| Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti | 98 |
| Ricerca | 102 |
| Formazione aziendale | 105 |
| 3.2 Area dello sviluppo organizzativo | 117 |
| Valorizzazione del capitale umano | 117 |
| Sicurezza del lavoro..... | 117 |
| Sistema di valutazione individuale della performance | 118 |
| 4. Dimensione di performance della sostenibilità | 120 |
| 4.1 Area economico-finanziaria..... | 120 |
| Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa | 120 |
| Governare delle risorse umane..... | 122 |

| | |
|--|------------|
| 4.2. Area degli investimenti | 126 |
| Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti..... | 126 |
| 5. Indicatori di risultato e valutazione della performance | 132 |
| 5.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale..... | 132 |
| UTENTE - Accesso e Domanda | 133 |
| UTENTE – Integrazione..... | 134 |
| UTENTE - Esiti..... | 135 |
| PROCESSI INTERNI – Produzione Ospedale..... | 136 |
| PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio..... | 137 |
| PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione | 138 |
| PROCESSI INTERNI – Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico | 139 |
| PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza..... | 140 |
| SOSTENIBILITA' - Economico-Finanziaria | 141 |
| 5.2 Considerazioni sui risultati della performance..... | 142 |
| DIMENSIONE UTENTE | 142 |
| Accesso e domanda | 142 |
| Integrazione | 143 |
| ESITI..... | 144 |
| PROCESSI INTERNI..... | 146 |
| Produzione-Ospedale | 146 |
| Produzione-Territorio | 146 |
| Produzione-Prevenzione..... | 147 |
| Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico..... | 148 |
| Anticorruzione-Trasparenza..... | 148 |
| SOSTENIBILITA' | 149 |
| Economico-Finanziaria | 149 |
| Conclusioni | 149 |
| Glossario | 150 |

Premessa

La presente **Relazione sulla Performance dell'AUSL di Imola** è stata elaborata in ottemperanza agli indirizzi dettati dall'OIV-SSR con delibera n. 3/2016 e si propone di rappresentare l'attività svolta dall'Azienda nel 2019. A tal fine il documento riporta:

- gli elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici individuati nel Piano della Performance 2018 - 2020;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori di risultato **InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna**, monitorati a livello regionale e riportati nel Piano della Performance 2018 - 2020, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti rilevati.

La presente Relazione sulla Performance si pone in continuità con la consolidata esperienza aziendale di rendicontazione annuale ai cittadini e agli *stakeholder* istituzionali sull'attività e sui risultati attraverso il previgente Bilancio di Missione, le cui finalità e principi vengono fatti propri dalla presente Relazione, fatte salve le eventuali ulteriori indicazioni regionali in materia e si propone di proseguire il percorso di potenziamento e miglioramento di effettivo orientamento ai risultati, quale strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificate sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, la loro organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli *stakeholder*.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance in essere presso l'AUSL di Imola ha visto un costante sviluppo negli anni che si è attuato parallelamente al nuovo impianto di gestione del **Ciclo della performance** progettato e implementato a livello regionale su tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Emilia-Romagna, in attuazione della LR 43/2001 (modificata dalla LR 26/2013), con la DGR 334/2014 *"Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione, unico, per tutti gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)"* e con la comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014, ha attribuito all'OIV-SSR, anche il compito di emanare linee guida e di indirizzo per lo sviluppo armonico ed omogeneo del ciclo della *performance*.

L'OIV-SSR, avvalendosi anche del supporto degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) costituiti in ciascuna Azienda ed Ente del SSR, accompagna il Sistema sanitario regionale nella implementazione, presso ogni Azienda Sanitaria, di una nuova metodologia di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali. In tale ambito, l'OIV-SSR ha fornito le *"Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS"* con Delibera OIV 1/2014 e più specificatamente con l'allegato B *"Linee guida per lo sviluppo del sistema aziendale di valutazione integrata del personale degli enti ed aziende del SSR"*, nonché con Delibera OIV 2/2015 ha rappresentato *"Il sistema di valutazione del personale"*.

L'AUSL di Imola, prima con deliberazione aziendale n. 26 del 6.3.2013 e successivamente con deliberazione n. 2 del 15.1.2016, assunte entrambe alla luce degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR, ha introdotto le nuove modalità di valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale del personale dirigente, portando a pieno regime il sistema a partire dal 2016.

Tale modello si applica in stretto collegamento con gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e del Sistema di *budgeting* aziendale e con il coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e delle OO.SS. in un'ottica di collaborazione e di continuo miglioramento.

A seguito dei nuovi indirizzi di sviluppo del sistema della valutazione dettati dall'OIV con Delibera n. 5/2017, l'Azienda si è dotata di un nuovo regolamento approvato con deliberazione n. 136 del 22.6.2018, portando a compimento il programma di estensione a tutto il personale, compreso quello del comparto, della valutazione individuale annuale della performance. A partire dall'anno 2018 tutto il personale aziendale è soggetto a valutazione individuale della performance.

L'Azienda

Mission

L'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, rivolta a cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e a cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle strutture assistenziali e dai professionisti dell'Azienda. L'AUSL di Imola, pertanto, persegue i seguenti obiettivi istituzionali:

- tutelare l'interesse di Salute, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;
- offrire i servizi e le prestazioni di assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con le altre strutture a livello di Area metropolitana, di Area vasta e in ambito regionale per l'Alta Specialità.

L'Azienda realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia e realizza il governo economico-finanziario, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua di:

- integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;
- informazione sanitaria socialmente diffusa;
- ricerca e innovazione;
- formazione e aggiornamento.

Territorio e popolazione

Il **bacino territoriale** della AUSL di Imola, composto da 10 Comuni ed inserito nel contesto della Città metropolitana di Bologna, si estende dalla zona pedemontana ai confini con la Toscana sino alla bassa pianura, lambendo da un lato la Provincia di Ferrara e dall'altro quella di Ravenna, sviluppandosi per complessivi 787,28 Km². Il territorio, secondo le specifiche Istat, è contraddistinto da una zona di pianura con una concentrazione abitativa 2019 (231,98 ab/Km²) che tende ad abbassarsi allorché si includono le aree collinare e pedemontana (di poco inferiori all'area di pianura) delimitata da un'area complessiva di 373 Km². Il 2019 non sfugge al trend degli ultimi sette anni, ovvero ad una densità – riferita ad un territorio di "medio-forte attrattiva" - che rimane pressoché ancorata sui 169 abitanti per km². Pur tuttavia l'incremento 2019-2018 risulta il più "alto" in questo periodo di contrazione economico-sociale, a testimoniare forse una timida ripresa. Anche nell'ultimo anno, emergono differenze tra i vari comuni, con riposizionamenti legati al mercato del lavoro, al saldo naturale e non ultimo, alle politiche abitative.

Tra il 2008 ed il 2019, Castel Guelfo risulta essere ancora il comune che ha aggregato maggiormente densità abitativa con +16 ab. /kmq, anche se nel 2019, nell'area di pianura, solo Imola e Mordano hanno registrato un vero incremento dell'indicatore, rispettivamente di +1,5 abitanti e +3 ab/kmq.

| COMUNE ZONA ALTIMETRICA | SUPERFICIE Kmq | POPOLAZIONE RESIDENTE | DENSITÀ 2019 Pop/Kmq | DENSITÀ 2008 Pop/Kmq |
|----------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| IMOLA | 204,95 | 70.076 | 341,92 | 331,90 |
| MORDANO | 21,46 | 4.754 | 221,53 | 212,07 |
| MEDICINA | 159,11 | 16.686 | 104,87 | 102,39 |
| CASTEL GUELFO | 28,55 | 4.542 | 159,09 | 142,98 |
| TOTALE PIANURA | 414,07 | 96.058 | 231,98 | 224,47 |
| CASTEL S. PIETRO | 148,48 | 20.966 | 141,20 | 137,62 |
| DOZZA | 24,24 | 6.594 | 272,03 | 260,44 |
| CASALFUMANESE | 81,97 | 3.425 | 41,78 | 41,95 |
| BORGO TOSSIGNANO | 29,12 | 3.281 | 112,67 | 113,32 |
| FONTANELICE | 36,57 | 1.956 | 53,49 | 51,93 |
| CASTEL DEL RIO | 52,56 | 1.209 | 23,00 | 23,97 |
| TOTALE COLLINA | 372,94 | 37.431 | 100,37 | 98,26 |
| TOTALE GENERALE | 787,01 | 133.489 | 169,62 | 164,66 |
| Prov. Bologna (2019-2008) | | | 274,64 | 260,39 |
| RER (2019- 2008) | | | 199,15 | 193,33 |
| ITALIA (2019-2008) | | | 199,82 | 197,85 |

Fonte: 1) Anagrafi Comuni su mod. ISTAT P.2, 2) sito Regione E.R. - Statistica -Territorio con cod. altimetriche ISTAT 3) Dati Italia Istat densità 2019 - Indicatore demografico costruito da Demo Istat 1/1/2018.

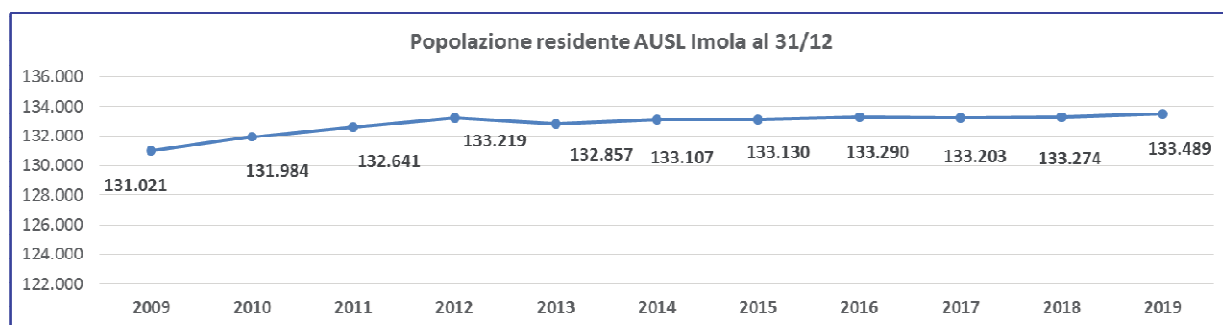
La **popolazione legale residente** nel Nuovo Circondario Imolese sfiora quota 133.500 (su base Istat). Il fattore importante, che si discosta dal recente contesto di demo-contrazione, è che in termini relativi il delta totale con l'anno precedente torna dopo anni a un seppur esiguo +0,2% circa (+215 residenti). Imola varca stabilmente i 70.000 (+0,4% sul 2018), con lo stesso delta il comune di Fontanelice. Assieme al comune di Imola che registra un incremento pari a +279 nuovi residenti, il contributo maggiore è determinato da Mordano (+70 nuovi residenti). Inalterata la composizione complessiva con il 48,7% di genere maschile ed il 51,3% femminile. L'aumento rispetto all'anno precedente è legato prevalentemente al genere maschile (+159 unità), mentre quello femminile cresce di 56 unità rispetto al 2018.

| COMUNI | POPOLAZIONE | | | 2019 Peso% su Totale AUSL | 2008 Peso% su Totale AUSL | 2004 Peso% su Totale AUSL |
|------------------------|---------------|---------------|----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | M | F | Totale | | | |
| IMOLA | 33.762 | 36.314 | 70.076 | 52,50% | 52,49% | 53,34% |
| MORDANO | 2.423 | 2.331 | 4.754 | 3,56% | 3,51% | 3,53% |
| MEDICINA | 8.183 | 8.503 | 16.686 | 12,50% | 12,57% | 11,86% |
| CASTEL GUELFO | 2.272 | 2.270 | 4.542 | 3,40% | 3,15% | 3,01% |
| CASTEL S. PIETRO | 10.262 | 10.704 | 20.966 | 15,71% | 15,77% | 15,84% |
| DOZZA | 3.239 | 3.355 | 6.594 | 4,94% | 4,87% | 4,74% |
| CASALFUMANESE | 1.705 | 1.720 | 3.425 | 2,57% | 2,65% | 2,52% |
| BORGO TOSSIGNANO | 1.644 | 1.637 | 3.281 | 2,46% | 2,55% | 2,63% |
| FONTANELICE | 982 | 974 | 1.956 | 1,47% | 1,47% | 1,52% |
| CASTEL DEL RIO | 580 | 629 | 1.209 | 0,91% | 0,97% | 1,01% |
| TOTALE GENERALE | 65.052 | 68.437 | 133.489 | 100% | 100% | 100% |

Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese.

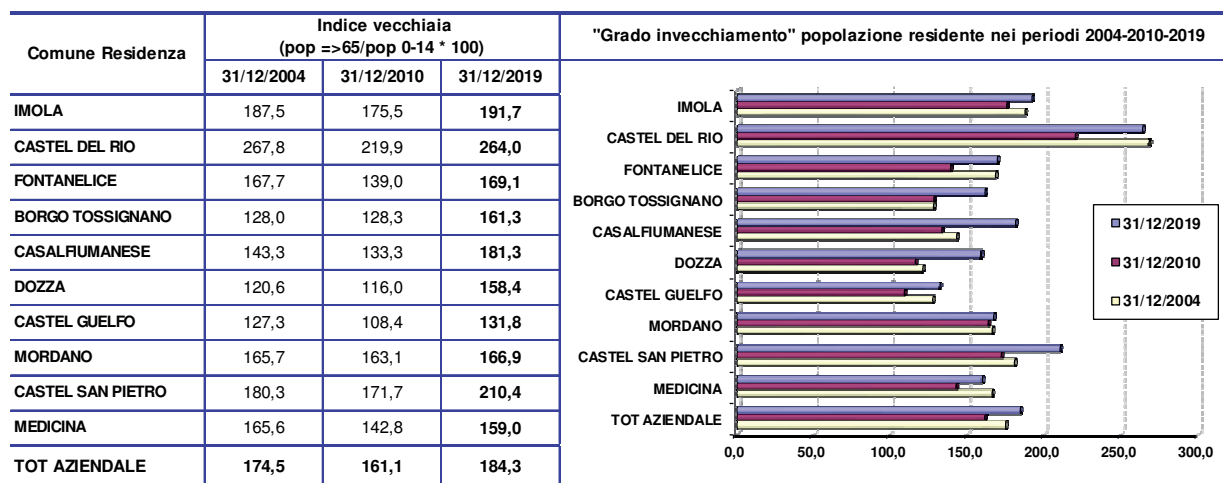
Quanto espresso dalla precedente tabella si rispecchia naturalmente anche sul "peso%" dei vari comuni sull'area di riferimento. Imola sembra mostrare quel "appeal residenziale" perso negli anni della crisi. Il 2019 mostra questa controtendenza, tratta dal Mod.P2 Istat (da 52,37% del 2018 al 52,5% del 2019). Di converso l'area delimitata da Castel S. Pietro T., Castel Guelfo e soprattutto Medicina, registra una diminuita incidenza sul totale. Si evidenzia inoltre la seguente "demo" caratteristica: in tutti i comuni tranne Mordano, Borgo Tossignano e Fontanelice (escludendo Castel Guelfo dove vi è sostanziale parità) il genere femminile risulta prevalente, con il comune più grande (Imola) e quello più piccolo (Castel del Rio) associati da una "quota rosa" intorno al 52%.

L'altalena di contrazioni e successivi aumenti ha fatto sì che il trend di lungo periodo si mantenesse sostanzialmente piatto dal 2012. La curva, infatti, giunta a oltre 133.000 residenti, dal 2012 in avanti è stata contraddistinta da oscillazioni minimali dovute alla compensazione tra le varie variabili del "bilancio demografico" (ingressi/uscite dal territorio aziendale e nascite e decessi). La curva demografica nel 2019 mostra un primo vero incremento dopo anni. Si verificherà nel 2020 se tale tendenza si conferma e in particolare se il contesto Covid-19 avrà inciso sull'andamento della curva demografica.



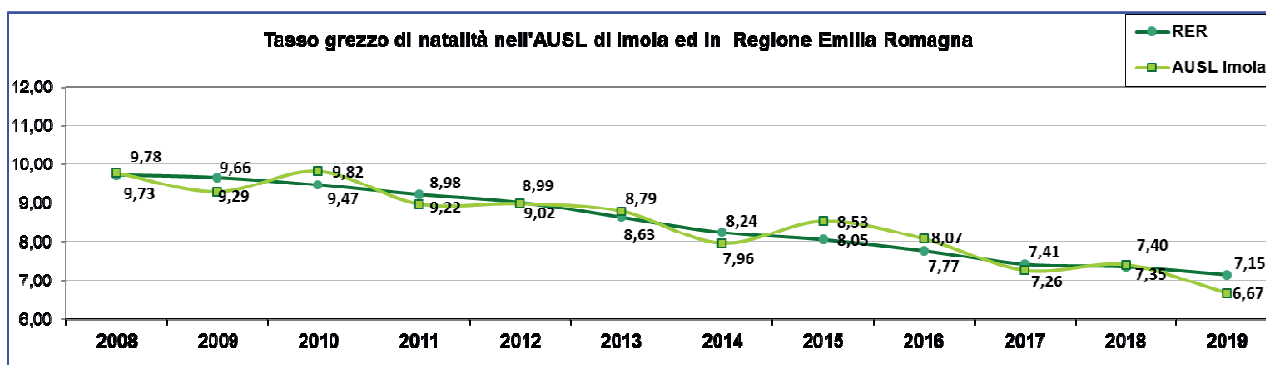
Il grado di **invecchiamento della popolazione** continua la sua ascesa giungendo alla soglia del 1° ventennio del 2000 al valore di 184,3 (ogni 184 anziani siamo in presenza solo di 100 giovanissimi).

La motivazione va ricercata principalmente in una sorta di redistribuzione demografica frutto della diversa variabilità che caratterizza da anni i due sottogruppi di popolazione su cui è calcolato l'indicatore.



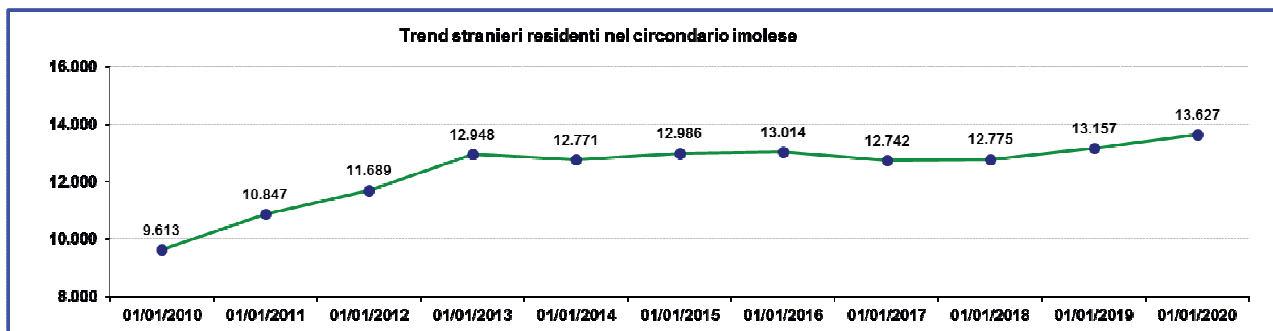
Anche nel 2019 si osserva, infatti, il rafforzamento di un effetto negativo combinato. Una prima fascia basata su coorti numerose ed in costante crescita grazie all'aumentata speranza di vita (anche a 65 anni) dovuta ad una maggiore appropriatezza delle cure, ad un contenimento delle malattie cardio vascolari e in generale a migliori stili di vita. Mentre l'altra, quella dei soggetti più giovani, spinta al decremento a causa, in primis, del forte calo della natalità registrato e replicatosi negli anni recenti.

Fino alla fine del I decennio del 2000, il **tasso grezzo di natalità** (nati da residenti) si era mantenuto vicino al 10‰, per poi iniziare a scendere. Inizialmente un ingresso di popolazione straniera relativamente giovane e fortemente propensa alla natalità aveva sostenuto maggiormente la medesima, mitigando nel contempo indirettamente il sopra citato "invecchiamento" (cosiddetto contenimento del baby-bust).



Dai primi anni in cui si è delineata l'incertezza economica sembra si sia fatto strada un minor orientamento alla maternità anche nelle donne straniere rispetto al passato e soprattutto una tendenza a spingere sempre più avanti l'età della maternità (37% i parti over 35enni). Questo ha determinato, in virtù di coorti ristrette, il decremento lento ma costante di molte donne (italiane) dal range dell'età feconda, incidendo sul calo della natalità. Dopo il debole "segno positivo" del 2018 sul 2017, nel 2019 è emerso un nuovo calo dell'indicatore. Il tasso grezzo di natalità a livello locale scende sotto la soglia del 7‰ (6,7) in virtù di un numero nati residenti che cala, tornando ai minimi storici del ventennio (890).

Per quanto riguarda la **popolazione straniera**, i dati "certificano" una nuova fase migratoria in ingresso. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana si spinge nel bacino dell'AUSL di Imola verso quota 14.000, fermandosi nel corrente anno a 13.627 (residenti senza iscrizioni preliminari), il 10,2% dell'intera popolazione. Considerato che l'incremento 2019-2018 della popolazione complessiva è stato inferiore alle 250 unità (quasi esclusivamente da Imola e Mordano), mentre quello della popolazione straniera è stato di circa 500, appare evidente come la popolazione sia cresciuta unicamente grazie all'apporto di quest'ultima, che sembra abbia riassorbito anche parte del movimento migratorio in uscita di cittadini italiani.



I comuni con maggior incidenza nel 2019 risultano: Mordano (incremento di 60 stranieri su 72 nuovi residenti) Casalfiumanese, Castel del Rio e Borgo Tossignano, rispettivamente con il 13,1%, 12,9%, 12,7% e 12,3% dei propri cittadini. Le etnie più rappresentate continuano ad essere nell'ordine: romena, marocchina, albanese, ucraina e pakistana. Specificità sono quelle di Mordano, ove i cittadini rumeni risultano essere il 67% (419 su 621) sul totale stranieri, quella di Castel S. Pietro che mostra un forte richiamo verso i pakistani: il 33% circondariale risiede infatti nel comune del Sillaro.

Assetto organizzativo

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un forte orientamento all'integrazione funzionale e allo sviluppo di sinergie professionali e di interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza. In tale ambito, particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà delle attività su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

LA STRUTTURA DIPARTIMENTALE

A livello dipartimentale l'integrazione rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La mission dei dipartimenti è quindi incentrata sulla ottimizzazione di efficienza e flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, sviluppando piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria, dando concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

In riferimento all'assetto dipartimentale, comprende tre dipartimenti ospedalieri e tre dipartimenti territoriali:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)

- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento Cure Primarie (DCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP).

L'assetto dipartimentale si completa con il **Dipartimento Amministrativo e Tecnico** che comprende tutti i servizi di supporto in ordine alle principali funzioni amministrative (Contabilità e Finanza, Risorse Umane, Affari Legali, Supporto Amministrativo ai servizi sanitari) e tecnico-strutturali (Tecnologie Sanitarie e Informatiche di Rete, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche ed Economato e Logistica).

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- Case della Salute in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP).
- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e al Dipartimento Cure Primarie.
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC).

Il nuovo assetto prevede, inoltre, **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma interdipartimentale Anziani (afferenza Distretto, DCP e DiMO).
- Programma Blocco Operatorio (afferenza CHIR e DEA).
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza DSP).
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza Direttore Sanitario).

L'assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Infermieristica e Tecnica.
- Direzione Assistenza Farmaceutica.
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Sono posizionate **in staff alla Direzione Strategica** le attività e funzioni relative alle aree di: Programmazione e Controllo direzionali; Informazione e Comunicazione; Formazione; Governo clinico e SPPA; Medicina Legale.

Executive Summary

L'anno 2019 per l'AUSL di Imola si caratterizza per l'impegno profuso, in continuità con gli anni precedenti, sul fronte del riassetto organizzativo, sviluppo e qualificazione dell'attività erogata a favore dei cittadini, oltre che su azioni rivolte a garantire la sostenibilità dal punto di vista economico-finanziario.

L'obiettivo rivolto alla costruzione di una sanità in rete che permetta di fare interagire le varie strutture di un territorio, oltre l'ambito territoriale aziendale, al fine di perseguire migliori performance in termini di accessibilità, qualità delle cure ed efficiente impiego delle risorse, ha rappresentato uno degli obiettivi strategici di maggiore rilevanza.

Nei capitoli che seguono viene dato conto dei **risultati conseguiti dall'Azienda nel 2019 in linea con gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'Azienda e declinati nel Piano della Performance per il triennio 2018-2020**. Gli obiettivi si inseriscono, pertanto, nell'ambito degli indirizzi ed orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali su specifici ambiti e da scelte di livello locale condivise dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale.

L'AUSL di Imola, coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera n. 3/2014 dell'OIV-SSR, ha strutturato le varie dimensioni della performance in relazione agli obiettivi strategici assegnati a livello di mandato all'atto dell'attribuzione dell'incarico alla Direzione Aziendale. Al fine di garantire una oggettiva valutazione della performance aziendale sono stati individuati un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, che permettono di misurare in maniera omogenea le varie Dimensioni/Aree della performance.

Nel presente documento viene riportata, in ordine alle varie dimensioni e aree della performance, la rendicontazione delle azioni realizzate e i risultati raggiunti nel corso dell'anno.

In conclusione vengono riportati, in tabella, gli indicatori presenti su **InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna) Piano Performance Aziendale 2018-2020** di riferimento con l'indicazione del risultato raggiunto nel 2019 e il posizionamento in ordine al target preventivato.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, così come dettagliato dalla delibera OIV-SSR n. 3/2017, si articola per Dimensioni ed Aree, in riferimento alle quali vengono declinati gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, come mostra la tabella che segue.

| Dimensioni della performance | | Obiettivi di mandato del Direttore Generale DGR 2042/2015 |
|------------------------------|---|---|
| 1 | Dimensione di performance dell'utente | |
| 1.1 | Area dell'accesso | Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero |
| | | Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico |
| 1.2 | Area dell'integrazione | Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale |
| | | Integrazione socio sanitaria |
| 2 | Dimensione di performance dei processi interni | |
| 2.1 | Area della produzione | Riordino Assistenza ospedaliera |
| | | Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio |
| | | Attività di prevenzione e promozione della salute |
| 2.2 | Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico | Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico |
| | | Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva dei farmaci |
| 2.3 | Area dell'organizzazione | Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende |
| | | Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi |
| | | Adempimenti nei flussi informativi |
| 2.4 | Area dell'anticorruzione e della Trasparenza | |
| 3 | Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo | |
| 3.1 | Area della ricerca e della didattica | Attività di ricerca |
| 3.2 | Area dello sviluppo organizzativo | Valorizzazione del capitale umano |
| 4 | Dimensione di performance della sostenibilità | |
| 4.1 | Area economico-finanziaria | Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa |
| | | Governo delle risorse umane |
| 4.2 | Area degli investimenti | Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti |

I principali obiettivi perseguiti dall'azienda, che caratterizzano l'anno che si è concluso, riguardano i temi di seguito descritti.

Riordino dell'Assistenza Ospedaliera

In tema di riordino della rete ospedaliera, di cui alla DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute n. 70/2015", la Conferenza socio-sanitaria metropolitana ha istituito il Nucleo Tecnico di Progetto che il 25 Giugno 2018 ha rilasciato un Rapporto conclusivo sulle "Forme di integrazione nell'Area Metropolitana di Bologna". Si è aperta pertanto una seconda fase del percorso di discussione e progettazione dei temi trattati

che si propone di orientare la definizione di proposte operative nei diversi ambiti contenuti nel citato Rapporto conclusivo, mediante la costituzione di Tavoli Tecnici rivolti alla progettazione, in collaborazione con la componente professionale, per la definizione di indicazioni strategiche sul riassetto della rete ospedaliera in area metropolitana. L'AUSL di Imola ha garantito, durante il 2019, la partecipazione e l'apporto ai Tavoli Tecnici di cui fa parte, attraverso i propri professionisti, nei seguenti ambiti clinico-assistenziali: Ortopedico, Oncologico, Cardio-Toraco-Vascolare, Diagnostica, Emergenza-Urgenza, Riabilitazione, Ostetrico, Patologie dismetaboliche, infiammatorie, infettive, reumatologiche e nefrologiche. Si riportano al Capitolo 2.1 "Area della produzione", paragrafo "Riordino assistenza ospedaliera" gli indicatori di assistenza ospedaliera, con i risultati e standard, nonché i progetti avviati nel 2019.

Reti cliniche integrate

Al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse e di qualità e favorire l'integrazione e la valorizzazione delle professionalità, l'Azienda ha proseguito nello sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate.

Nel corso degli ultimi anni l'AUSL di Imola ha avviato progetti di sviluppo di integrazione di funzioni e attività in sede metropolitana, approvate dalla CTSS, secondo modelli di gestione interaziendali, anche in collaborazione con Alma Mater Studiorum – UNIBO, e/o collaborazioni nell'ambito delle reti Hub & Spoke. L'obiettivo è quello di pervenire al riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale parallelamente alla ridefinizione del quadro più ampio della rete ospedaliera regionale, di cui ai lavori dei Tavoli Tecnici Regionali. Il 2019 ha visto la progressiva attuazione di Accordi di integrazione mediante gestione interaziendale delle attività relativamente a: Chirurgia Generale in collaborazione e a direzione AUSL di Bologna, Chirurgia Senologica in collaborazione con l'AOU di Bologna a direzione universitaria, Chirurgia Vascolare in collaborazione con l'AUSL e l'AOU di Bologna a direzione universitaria, Genetica Medica in collaborazione con l'AOU di Bologna a direzione universitaria, Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP) in area Metropolitana con l'attuazione di specifici progetti di centralizzazione delle seguenti linee di attività, in concomitanza con l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature:

- Centralizzazione degli allestimenti di Istologia, presso l'AUSL di Bologna.
- Centralizzazione degli allestimenti di Citologia, concentrati presso l'AUSL di Imola.

Si richiama inoltre l'integrazione della Banca delle cornee – Sedi di Bologna e Imola, in attuazione della DGR n. 2118/2018 avente ad oggetto "Approvazione del progetto di riorganizzazione della Banca delle Cornee dell'Emilia Romagna".

In sintesi, sotto forma di **reti cliniche integrate** e rapporti **Hub & Spoke**, il novero delle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, comprende:

- La rete clinica instaurata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di chirurgia orto-pediatrica.
- La collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione di medici specializzandi in Urologia e in Chirurgia generale.
- La collaborazione con l'AUSL di Bologna per le attività specialistiche di:

- Valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica e per l'attività di lettura e refertazione delle mammografie in screening.
- Integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).
- Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche per tutte le prestazioni di Patologia clinica, che opera attraverso la propria sede Hub e il Laboratorio Spoke Imola con funzionamento H24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza.
- Centralizzazione diluizione farmaci citotossici presso l'UFA del Bellaria.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le attività specialistiche di:
 - Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica.
 - Fisica sanitaria, Infettivologia, Anestesiologia.
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all'AOU quale sede Hub.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per la concentrazione presso il Laboratorio per l'AVEC – sezione di Citodiagnostica dell'UO di Anatomia Patologica dell'AOU di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma della cervice.

Miglioramento dei processi

Accesso in Emergenza Urgenza. Ai sensi della DGR 1129 del 8.7.2019 recante "Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria – Approvazione di Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie", l'AUSL di Imola ha dato attuazione alle indicazioni regionali avviando una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, con l'obiettivo di migliorare i tempi di attesa e permanenza. Gli interventi hanno riguardato l'attivazione di un secondo ambulatorio di Triage, l'identificazione di spazi diversificati con aree distinte tra i "codici verdi" e i "codici gialli", nonché l'attivazione di un Ambulatorio medico di PS dedicato alla gestione dei "codici gialli" e un Ambulatorio medico di PS dedicato alla prevalente gestione dei "codici bianchi e verdi", oltre l'Ambulatorio/Sala Emergenza dedicata ai "codici rossi".

Riorganizzazione assetto degenze di Medicina Interna e Geriatria. Si richiama il progressivo sviluppo riorganizzativo del Dipartimento Medico Oncologico degli ultimi anni, ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale e alla qualificazione specialistica della degenza internistica. In coerenza con quanto intrapreso, nel 2019, il Dipartimento ha sviluppato la progressiva attuazione del "Cantiere per il miglioramento della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", mediante:

- La definizione di percorsi/protocolli di interfaccia tra Ospedale e Territorio per la presa in carico dei pazienti cronici e potenziamento dell'attività a supporto delle CRA del territorio, in collaborazione con l'area Geriatrica.
- La riorganizzazione dell'area di Lungodegenza post Acuti al fine di migliorare la continuità della presa in carico dei pazienti fragili lungo tutto il loro percorso di cure, garantita dai medici dello stesso settore di degenza ove si è svolta la fase acuta del ricovero, mentre l'organizzazione è a gestione infermieristica.

L'area Post Acuti a gestione infermieristica si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività delle presa in carico a domicilio e nelle strutture residenziali.

Miglioramento dei livelli di appropriatezza

Nell'ambito dell'appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto, la DGR 977/2019 richiama il rispetto del "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori LEA, il cui valore regionale atteso è passato da <0,21 (21%) negli anni 2016 e 2017 a <0,19 (19%) nel 2018 e 2019.

La performance dell'AUSL di Imola risultava a livello complessivo in linea con il valore atteso nel 2016 (0,21), mentre è incrementata nel 2017 (22%) e nel 2018 (23%).

Nel 2019 si riscontra, in contro tendenza e quale effetto di una maggiore attenzione aziendale al tema che ha visto l'introduzione di tale indicatore tra gli obiettivi a Budget delle unità operative ospedaliere, un netto miglioramento, che riporta l'AUSL di Imola entro lo standard regionale con un valore pari a 19% in linea con il valore medio RER (InSiDER IND216).

L'AUSL di Imola, come prevedeva la programmazione regionale, ha attuato infatti il perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche, in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza, mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero in qualità di setting più appropriati (day hospital o ambulatoriale).

In riferimento agli esiti specifici si rimanda al Capitolo 1.1 "Area dell'accesso", paragrafo "Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico".

1. Dimensione di performance dell'utente

1.1 Area dell'accesso

Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'AUSL di Imola ha mantenuto l'impegno, avviato da anni, di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Anche per il 2019 si è mantenuto l'impegno di:

- Migliorare l'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali anche in applicazione del DPCM sui LEA del 12/1/2017. In particolare si è definito un elenco di prestazioni e di relativi appropriati quesiti di prescrizione condivisi fra specialisti e MMG.
- Incrementare prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti (rispetto al totale delle prescrizioni) che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Nell'anno 2019 si sono perseguiti gli obiettivi sotto specificati e monitorati su Piattaforma InSiDER, secondo le indicazioni di cui alla DGR 977/2019 che richiede un Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B e D, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale) $\geq 90\%$.

L'anno 2019 registra una percentuale di prenotazioni monitorate con tempo di attesa entro il target regionale in decremento rispetto all'anno precedente per quanto riguarda i primi accessi.

- **(IND319)** "Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg.". Nel 2019 pari a 85,12% vs il 90,66% del 2018.
- **(IND320)** "Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg.". Nel 2019 si attesta al 94,43 vs 97,34% del 2018.

Le prestazioni di classe di priorità B) prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg, mostrano un netto miglioramento con percentuali prossime al 100%, rilevabili anche dal "Cruscotto MAPS".

- **(IND0795)** "Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg." Nel 2019: 96,51% vs 80,18% nel 2018.

La % di prestazioni di classe di priorità B) garantite entro i tempi previsti sul totale prestazioni, evidenzia un leggero decremento pur risultando nel complesso una buona performance.

- **(IND0789)** "% prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi sul totale di prestazioni di classe B". Nel 2019: 95,23% vs 96,44% nel 2018.

L'indicatore che misura la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D), ovvero entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami diagnostici, mostra una performance in lieve flessione rispetto agli anni precedenti.

- **(IND0807)** "% prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi sul totale di prestazioni di classe D". Nel 2019: 71,3% vs 78,22% nel 2018.

Tali performance, anche tramite i rilevamenti del "Cruscotto MAPS", mostrano una sostanziale tenuta del sistema: nel 2019 il 90% delle visite e prestazioni complessive è stato erogato entro i 30/60 gg; nel 2018 tale percentuale era del 94%. Bisogna però osservare che il 2019 si caratterizza per un aumento complessivo della produzione, ed una progressiva difficoltà a reclutare medici specialisti (dipendenti, convenzionati o presso il privato accreditato) in grado di erogare le prestazioni.

Sempre nell'ambito della garanzia all'accesso delle prestazioni di specialistica si riporta l'indicatore di monitoraggio dei tempi di attesa nei Servizi di salute mentale.

- **(IND228)** "Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti (Target RER <= 7)". Nel 2019: 9,05 gg vs 9,42 gg nel 2018.

In ordine al monitoraggio delle indicazioni operative di cui alla DGR 377/2016, nel 2019 si rileva un Numero di mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente in riduzione minima rispetto al 2018.

Per quanto concerne il Numero di disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) e l'obiettivo di aumento rispetto al 2018, si rilevano 56.859 disdette effettuate dal cittadino nei primi 9 mesi del 2019. La proiezione a 12 mesi risulta di circa 75.000 disdette vs le 72.721 del 2018.

Si riportano, inoltre, gli andamenti delle prescrizioni di visite di controllo da parte dello specialista, elaborati su cruscotto InSiDER (target >= 70%):

- **(IND787)** "% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo". Nel 2019: 73,7% vs 71,72% nel 2018.
- **(IND715)** "N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Visite di controllo". (Obiettivo > 2018). Nel 2019 la differenza % 2019/2018 risulta pari a +3,33%. La % prescrizioni di visite di controllo risulta superiore al target RER e in aumento rispetto al 2018. La differenza % 2018/2017 evidenziava un decremento (-1,15%) rispetto al quale nel 2019 sono state previste strategie di miglioramento e facilitazione nella presa in carico da parte degli specialisti. La differenza % 2019/2018 registra di fatto un miglioramento, riportando l'AUSL di Imola ai valori target previsti.

Per quanto riguarda l'obiettivo sulla prenotazione WEB, la Regione ha individuato nell'ambito del Catalogo prescrivibile un pannello di 538 prestazioni. Nel 2019 l'AUSL di Imola ha progressivamente aumentato il numero delle prestazioni disponibili su WEB, fino ad arrivare a 484 prestazioni (> 90%) al 28/02/2020.

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati, relativamente ai **trimestri 2019** e per ogni singola prestazione monitorata, gli **indici di performance** in riferimento agli standard regionali (**Fonte MAPS**): 30 gg per visite e 60 gg per diagnostica.

Per ciascuna prestazione monitorata il colore verde indica che le prenotazioni risultano uguali o maggiori al 90% del totale; il colore giallo indica che le prenotazioni sono comprese tra 60-89%; il colore rosso indica che le prenotazioni sono minori del 60% sul totale delle prenotazioni.

| Monitoraggio tempi d'attesa RER - Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO: VISITE | GENNAIO - MARZO 2019 | | APRILE - GIUGNO 2019 | | LUGLIO - SETTEMBRE 2019 | | OTTOBRE - DICEMBRE 2019 | |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance |
| 01 Visita Oculistica | 1.399 | 100% | 1.364 | 75% | 1.522 | 90% | 1.943 | 64% |
| 02 Visita Urologica | 733 | 80% | 533 | 96% | 682 | 100% | 679 | 74% |
| 03 Visita Fisiatrica | 743 | 100% | 743 | 100% | 808 | 100% | 655 | 99% |
| 04 Visita Endocrinologica | 374 | 62% | 353 | 79% | 271 | 94% | 266 | 92% |
| 05 Visita Neurologica | 647 | 100% | 557 | 93% | 584 | 89% | 501 | 82% |
| 06 Visita Ortopedica | 1.217 | 58% | 1.144 | 44% | 945 | 91% | 931 | 93% |
| 07 Visita Oncologica | 30 | 100% | 33 | 100% | 30 | 100% | 43 | 100% |
| 08 Visita Cardiologica | 1.041 | 99% | 794 | 99% | 933 | 74% | 1.004 | 81% |
| 22 Visita Ginecologica | 469 | 86% | 322 | 92% | 401 | 78% | 594 | 44% |
| 23 Visita Dermatologica | 1.449 | 87% | 1.481 | 94% | 2.016 | 100% | 1.172 | 98% |
| 24 Visita Otorinolaringoiatrica | 1.209 | 99% | 919 | 94% | 1.468 | 100% | 1.070 | 97% |
| 40 Visita Gastroenterologica | 493 | 74% | 509 | 49% | 506 | 29% | 447 | 68% |
| 41 Visita Pneumologica | 413 | 48% | 242 | 100% | 195 | 89% | 363 | 88% |
| 48 Visita ostetrica | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 Visita Senologica | 97 | 100% | 65 | 100% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| totale | 10.315 | 86,2% | 9.060 | 82,8% | 10.361 | 90,0% | 9.668 | 81,1% |

| Monitoraggio tempi d'attesa RER - Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO: PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE | GENNAIO - MARZO 2019 | | APRILE - GIUGNO 2019 | | LUGLIO - SETTEMBRE 2019 | | OTTOBRE - DICEMBRE 2019 | |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance |
| 09 Colonscopia | 578 | 100% | 488 | 100% | 485 | 82% | 506 | 60% |
| 10 EMG | 316 | 96% | 223 | 100% | 181 | 100% | 233 | 100% |
| 11 Ecocolor Doppler | 2.157 | 100% | 2.013 | 100% | 1.992 | 100% | 1.770 | 100% |
| 12 Ecografia Addome | 1.739 | 99% | 1.573 | 100% | 1.664 | 99% | 1.572 | 100% |
| 13 Gastrosocopia | 312 | 100% | 266 | 100% | 246 | 100% | 280 | 71% |
| 14 TAC del Capo | 154 | 99% | 139 | 100% | 132 | 100% | 155 | 100% |
| 15 TAC Addome | 153 | 44% | 79 | 94% | 148 | 91% | 118 | 82% |
| 16 RMN Cerebrale | 288 | 100% | 232 | 100% | 247 | 100% | 241 | 100% |
| 17 RMN Addome | 87 | 100% | 85 | 100% | 69 | 100% | 72 | 100% |
| 18 RMN della Colonna | 510 | 61% | 375 | 100% | 381 | 100% | 501 | 63% |
| 26 TAC Rachide e Spine Vertebrale | 55 | 89% | 44 | 100% | 61 | 100% | 56 | 100% |
| 27 TAC Bacino | 11 | 100% | 3 | 100% | 7 | 100% | 5 | 100% |
| 28 TAC Torace | 243 | 44% | 104 | 95% | 166 | 96% | 149 | 81% |
| 29 Ecografia Mammella | 13 | 100% | 11 | 100% | 15 | 100% | 12 | 100% |
| 34 Ecocolor Doppler Cardiaca | 1.029 | 100% | 854 | 80% | 840 | 100% | 927 | 100% |
| 35 Elettrocardiogramma | 433 | 100% | 307 | 100% | 464 | 100% | 427 | 100% |
| 36 Elettrocardiogramma Holter | 277 | 98% | 173 | 97% | 270 | 99% | 312 | 100% |
| 37 Audiometria | 481 | 100% | 391 | 97% | 430 | 99% | 418 | 100% |
| 38 Spirometria | 280 | 78% | 168 | 84% | 241 | 100% | 347 | 96% |
| 39 Fondo Oculare | 185 | 100% | 166 | 100% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 Mammografia | 273 | 100% | 232 | 100% | 261 | 100% | 249 | 100% |
| 43 Ecografia capo e collo | 944 | 83% | 813 | 56% | 790 | 82% | 732 | 82% |
| 44 Ecografia ostetrica e ginecologica | 504 | 100% | 369 | 100% | 390 | 100% | 385 | 99% |
| 45 ECG da sforzo | 181 | 94% | 146 | 91% | 124 | 82% | 187 | 99% |
| 46 RM muscoloscheletrica | 735 | 100% | 557 | 96% | 619 | 100% | 561 | 90% |
| totale | 11.938 | 94,2% | 9.811 | 93,6% | 10.223 | 97,1% | 10.215 | 92,8% |

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero

Nel 2019 è proseguita l'alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa-SIGLA secondo le indicazioni regionali (DGR 272/2017). Sono state apportate le opportune correzioni e gli adeguamenti da parte dei referenti aziendali ICT. I risultati del monitoraggio prospettico mostrano la particolare attenzione posta al rispetto dei tempi di attesa per tutti gli interventi, monitorati e non. L'indice di performance prospettico (Febbraio 2020) si attesta sul valore totale di 94,5% (entro la classe) in particolare: il 95,5% per gli interventi monitorati e il 94,3% per gli interventi non monitorati. L'Azienda nel corso del 2019 ha esaurito le liste di attesa dei pazienti inseriti prima del 1/1/2018 (Nota PG 93684 del 9/2/2018, Target $\geq 90\%$).

Nel corso del 2019 si è provveduto a ridefinire i percorsi pre operatori recependo i criteri di appropriatezza delle prestazioni necessarie in base alla complessità dell'intervento chirurgico.

Nella tabella che segue sono indicate le performance 2019 della AUSL di Imola in merito ai tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati.

| INDICATORE | TARGET | 2019 | 2018 |
|--|-------------|---------------|--------|
| Tempi di Attesa retrospettivi della SDO (InSiDER) | | | |
| (IND765) Tempi di Attesa retrospettivi per i tumori selezionati: % casi entro 30 gg | $\geq 90\%$ | 99,06% | 97,91% |
| (IND766) Tempi di Attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro 180 gg | $\geq 90\%$ | 85,11% | 96,72% |
| (IND767) Tempi di Attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata | $\geq 90\%$ | 93,9% | 85,58% |
| Tempi di Attesa retrospettivi (SIGLA) | | | |
| Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico dei dati SIGLA per gli interventi monitorati (di cui sopra): 90% entro la classe di priorità assegnata | $\geq 90\%$ | 95,5% | / |
| Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico dei dati SIGLA per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A: 90% entro 30 gg | $\geq 90\%$ | 84,8% | / |

In recepimento della DGR 603 del 15 aprile 2019 "Piano Regionale di Governo liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021", l'Azienda ha elaborato ed adottato il "Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019 - 2021 per i ricoveri chirurgici programmati" (Deliberazione 167/2019). Si specifica che questo Programma è stato definito di comune accordo tra le Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana (AUSL Imola, AUSL Bologna, AOSP Bologna, IOR) ed elaborato in forma integrata ed unitaria dai RUA dei ricoveri programmati. L'obiettivo del documento è quello di uniformare la gestione delle liste di attesa in previsione di futuri accordi di rete tra le aziende finalizzati alla riduzione delle liste di attesa nelle aree più critiche e al contempo di garantire equità di accesso e trasparenza sia a livello locale che metropolitano. La comunicazione e l'informazione all'utente in lista di attesa è puntualmente garantita dagli operatori sanitari del Punto di accesso aziendale.

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

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero (DGR 2040/2015)

Gli indirizzi e le azioni avviate in ordine a tale obiettivo prevedono un efficientamento dell'attività ospedaliera, nell'ambito di una nuova programmazione metropolitana sulla base di linee di programmazione già individuate ed avviate con particolare riferimento alla conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day Hospital, Day Surgery e ricoveri programmati 0-1 giorno, e all'introduzione di modelli organizzativi innovativi volti allo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all'intensità di cura e alla riorganizzazione dell'area post-acuzie con la conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale, tramite il potenziamento della rete delle cure intermedie.

Il Presidio Ospedaliero di Imola presenta una dotazione di posti letto al 31.12.2019 pari a n. 344, di cui: 327 PL ordinari e 17 PL DH/DS e 26 posti letto di lungodegenza.

Sono, inoltre, attivi presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di CSPT 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari 8 PL di DH.

In ordine alle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base della programmazione definita dalla CSST a livello metropolitano, a partire dal 2017 l'Azienda vede l'avvio di diversi progetti volti a realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali, funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità delle cure. Per un ulteriore approfondimento si rimanda al Capitolo 2.1 "Area della produzione", paragrafo Riordino Assistenza ospedaliera.

Indicatori di esito. Si riportano gli andamenti degli indicatori di esito di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015, per i quali l'Azienda mantiene il presidio e persegue interventi di miglioramento.

| INDICATORI DI ESITO DM 70/2015 e DGR 2040/2015 | TARGET RER | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------------------|--------|--------|--------|---------------|
| (IND771) <u>Frattura di femore</u> : % di interventi effettuati entro 48h su pazienti over 65 anni | >= 70% | 84,15% | 90,77% | 92,23% | 93,14% |
| (IND630) <u>Colecistectomia laparoscopica</u> : % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg | >= 75% | 67,92% | 56,76% | 76,30% | 64,29% |
| (IND632) <u>Tagli cesarei primari</u> : % di interventi in maternità di I livello o comunque con <1000 parti | <=15% | 21,03% | 20,67% | 21,53% | 17,66% |

Miglioramento dei livelli di appropriatezza

Nell'ambito dell'appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto, la DGR 977/2019 richiama il rispetto del "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori LEA, e monitorato su InSiDER:

- **(IND216)** "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario".

Il valore atteso regionale è passato da <0,21 (21%) negli anni 2016 e 2017 a <0,19 (19%) nel 2018 e 2019. Nel 2019 la performance dell'AUSL di Imola risulta, a livello complessivo e in contro tendenza rispetto agli anni precedenti, in netto miglioramento ed entro lo standard regionale con un valore pari a 19% in coerenza con il valore medio RER. La programmazione regionale prevedeva il perseguimento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche, in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA, che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriately, mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero in qualità di setting più appropriati (day hospital o ambulatoriale).

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriately relativi ai DRG chirurgici, il risultato aziendale osservato rileva una diminuzione dei DRG chirurgici a rischio di inappropriately che si evince dalla tabella riportante i DRG chirurgici oggetto di monitoraggio (Fonte data base aziendale).

| DRG | N.ro Casi 2018 | N.ro Casi 2019 | Scost. V.a. | Scost. % |
|---|-------------------|-------------------|----------------|----------|
| 008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC | 15 | 11 | -4,00 | -26,7% |
| 158 - Interventi su ano e stoma senza CC | 92 | 94 | 2,00 | 2,2% |
| 160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC | 74 | 21 | -53,00 | -71,6% |
| 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | 119 | 48 | -71,00 | -59,7% |
| 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC | 47 | 48 | 1,00 | 2,1% |

In riferimento agli indicatori sull'appropriatezza chirurgica oggetto di monitoraggio su piattaforma InSiDER, si riporta in Tabella il dato 2019 a confronto con il dato RER e l'anno precedente, con evidenza di un generale miglioramento / mantenimento delle singole performance rispetto al 2018. Gli ultimi due indicatori InSiDER afferiscono al Piano Performance 2018-2020 (IND125 e IND303).

| N.RO IND | Appropriatezza chirurgica | 2019 | 2018 | RER 2019 |
|---------------|--|--------------|--------------|-------------|
| IND110 | Tasso std di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia x 100.000 residenti | 309,06 | 375 | 264,64 |
| IND116 | Tasso std di ospedalizzazione per interventi di stripping vene x 100.000 residenti | 87,92 | 95,47 | 126,3 |
| IND121 | % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici - ricovero ordinario | 18,35 | 15,86 | 12,33 |
| IND125 | % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici | 56,76 | 39,58 | 55,3 |
| IND303 | Degenza media pre-operatoria | 0,89 | 0,88 | 0,69 |

Si propongono altri due indicatori, su Piattaforma InSiDER, relativi all'appropriatezza dei percorsi che prevedono il trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale). L'esito aziendale nel 2019 evidenzia performance critiche, in termini di variazione % del tasso di ospedalizzazione, per quanto riguarda:

- (IND726) "Variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva" (obiettivo =<-5%). Risultato 2019: +11,9% vs risultato 2018: -22,64%.
- (IND727) Variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale (obiettivo =<-5%). Risultato 2019: +24,59% vs risultato 2018: -19,73%.

1.2 Area dell'integrazione

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Ospedale di Comunità (OS.CO) e Hospice Territoriale

Nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme si iscrive l'attivazione dell'**Ospedale di Comunità (Os.Co)**, struttura residenziale di cure intermedie a gestione infermieristica, dotato di n. 21 posti letto. L'OSCO offre una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a specifici target di utenza, con finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero.

La SRCI è una unità organizzativa a gestione infermieristica (modello evolutivo della tradizionale lungodegenza post-acuzie) dedicata ad ospitare persone fragili ad alta componente di non-autosufficienza e con quadro clinico relativamente stabile, al fine di ridurre il carico di pazienti nei reparti ospedalieri in fase post-acuta, offrendo un livello di cure appropriato verso una dimissione assistita.

L'Os.Co, cui afferisce budget specifico nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie, ha portato a regime la gestione infermieristica. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti e per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale. Ha altresì attuato modelli di integrazione con le Associazioni di volontariato e implementato il monitoraggio dell'attività tramite indicatori specifici con particolare riferimento al flusso informativo regionale SIRCO. Dall'analisi di dati del flusso la Regione ha rilevato che i pazienti ricoverati previa valutazione multidimensionale e definizione del PAI, mostrano un più significativo miglioramento nelle ADL, pertanto ha ritenuto opportuno che nella fase di ingresso venga effettuata la valutazione multidimensionale con definizione del PAI almeno nel 90% dei casi.

L'Os.CO ha garantito nel 2019 la percentuale di PAI redatti congiuntamente ai pazienti - caregiver sul numero PAI, nella misura pari al 100%.

Gli indicatori del Piano performance 2018-2020 monitorati su InSiDER riportano quali esiti 2019:

- **(IND673)** "% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO". L'OSCO dell'AUSL di Imola evidenzia una percentuale di re-ricoveri pari a 12,35% in aumento rispetto agli anni precedenti (2017: 7,17% e 2018: 11,11%) e superiore alla media RER (9,07%).
- **(IND670)** "Durata media di degenza in OSCO" (Obiettivo <= 20 giorni). Secondo il monitoraggio del relativo flusso SIRCO la degenza media dell'OSCO di Castel San Pietro Terme risulta in netto miglioramento: 18,85 giorni vs 20,28 giorni del 2018.

Si riportano in Tabella volumi e dati di efficienza del 2019 e 2018 a confronto, che mostrano un incremento di casi trattati (+7,6%) a fronte di un decremento della degenza media, di giornate di degenza in SRCI e del tasso di occupazione.

| OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI) | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|-----------------------------------|-------|-------|-----------|--------|
| Posti letto | 21 | 21 | 0 | 0,0% |
| Posti letto medi | 18,1 | 18,4 | 0 | 1,7% |
| Casi trattati | 317 | 341 | 24 | 7,6% |
| Degenza media | 20,3 | 18,7 | -2 | -7,9% |
| Giornate di degenza | 6.449 | 6.386 | -63 | -1,0% |
| Tasso occupazione media | 97,8% | 95,0% | -0,03 | -2,9% |

L'**Hospice Territoriale**, collocato all'interno della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto. Si tratta di una unità organizzativa rivolta all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

In Tabella i volumi, relativi al 2019 e 2018 a confronto, mostrano un lieve calo di casi trattati (-2,7%). Gli altri indicatori di efficienza evidenziano una sostanziale conferma dei valori 2018.

| HOSPICE TERRITORIALE CSPT | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|---------------------------|-------|-------|-----------|--------|
| Posti letto | 12 | 12 | 0 | 0,0% |
| Posti letto medi | 11,1 | 11,2 | 0 | 0,9% |
| Casi trattati | 220 | 214 | -6 | -2,7% |
| Degenza media | 16,1 | 16,4 | 0,3 | 1,9% |
| Giornate di degenza | 3.540 | 3.517 | -23 | -0,6% |
| Tasso occupazione media | 87,7% | 86,2% | -0,02 | -1,7% |

Si riportano due Indicatori InSiDER a completamento di questa specifica area:

- (IND656) "% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni" (Valore atteso <= 25%). L' indicatore è definito come la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni della struttura per il malato oncologico. L'obiettivo è di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'hospice. Nel 2019 per l'AUSL di Imola si registra una performance del 26,26%, in linea con la media RER ed in miglioramento rispetto agli anni precedenti.
- (IND0209) "Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) - GRIGLIA LEA". (Valore atteso > 1). L'indicatore esprime il volume dell'offerta di accoglienza in hospice, con l'obiettivo di misurare l'accessibilità del servizio. L'AUSL di Imola riporta nel 2019 un numero PL pari a 3,18 (RER 2,26 PL).

Rete delle Cure Palliative. Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, si richiama il contributo all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative (DGR 560/2015), che ha visto la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale di operatori del territorio e dell'area ospedaliera. In questo contesto è stata definita la funzione di coordinamento della Rete e sono state riviste le modalità di raccordo tra i nodi individuati (ambulatorio, assistenza domiciliare, Hospice, ospedale).

Il documento di riorganizzazione della rete delle cure palliative è stato presentato ed approvato nella seduta del Collegio di Direzione di gennaio 2017. E' stata rivista, ai sensi della specifica circolare regionale, anche la definizione delle ADI palliative di base e specialistiche.

Nel 2019 è stata potenziata la rete mediante risorse medico-palliativista e infermieristiche dedicate ed è stato implementato l'Ambulatorio delle Cure Palliative per migliorare la presa in carico in regime ambulatoriale dei pazienti. Allo scopo di fornire una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere agli adempimenti LEA, è stata presidiata la qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice, al fine di poter monitorare indicatori specifici regionali. Relativamente al monitoraggio degli indicatori su piattaforma InSiDER:

- (IND704) "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore" (Obiettivo $\geq 50\%$). Nel 2019 la percentuale pari a 55% rispetta il target regionale e migliora rispetto agli anni precedenti (2018: 53,4% e 2017: 49,6%).
- (IND747) "Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore" (Obiettivo +5% rispetto al 2018). Nel 2019 tale incremento risulta uguale a 0, stesso incremento registrato sul totale del livello regionale.

Si segnala, inoltre, la realizzazione, all'interno dei siti aziendali, di pagine web dedicate alla rete di cure palliative. Nel sito Internet aziendale è attiva un'ampia area informativa con la quale viene rappresentata la rete delle Cure palliative e vengono indicate le modalità di accesso al servizio.

Continuità assistenziale – Dimissioni protette

Al fine di migliorare l'integrazione ed il coordinamento degli interventi socio-sanitari è stata attuata nell'ultimo biennio una nuova organizzazione delle attività del PUA (Punto Unico di Accoglienza), per la dimissione protetta del paziente complesso, con particolare riguardo a quelli caratterizzati da condizioni di non autosufficienza, volta ad assicurare i livelli di integrazione con l'area sociale, attraverso la stringente collaborazione con una assistente sociale dell'ASP, al fine di valutare congiuntamente e contestualmente i bisogni sociali e sanitari del paziente in integrazione tra le varie figure professionali. La misura riorganizzativa attuata ha consentito il miglioramento del volume di dimissioni protette trattate ed il perseguimento degli obiettivi volti a: favorire la deospedalizzazione attraverso l'attivazione appropriata e tempestiva dei servizi sociali territoriali; assicurare al paziente e alla sua famiglia una corretta informazione e il supporto socio assistenziale al momento del rientro al domicilio; favorire l'integrazione tra le figure professionali del territorio ed interventi di promozione e comunicazione a supporto del care giver.

La gestione della continuità assistenziale ospedale-territorio, recependo le indicazioni regionali, è stata oggetto di diverse azioni riorganizzative per garantire una presa in carico sempre più tempestiva da parte dei servizi territoriali, esplicitate nella seconda edizione della specifica Procedura aziendale (revisione dicembre 2018). Relativamente alla DGR 977/2019 si riporta il dato 2019 su Piattaforma InSiDER relativo a:

- (IND289) "% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera" (Obiettivo $\geq 50\%$).
Il dato 2019 risulta pari al 48,1%, con una performance in miglioramento rispetto al 2018 (40,07%) e al 2017 (22,01%), ma ancora inferiore al target proposto.

Si riportano di seguito due ulteriori indicatori InSiDER relativi al Piano Performance 2018-2020.

- **(IND207)** "% di anziani >= 65 anni trattati in ADI – GRIGLIA LEA" (Obiettivo >=1,88). L'indicatore valuta l'utilizzo delle Cure domiciliari in riferimento a tale target di anziani. Si tratta di un indicatore di equità che valuta la distribuzione territoriale degli anziani in carico ADI. Nel 2019 la % risulta pari a 6,8% che si conferma rispetto al 2018 (6,06%) e migliora rispetto al 2017 (4,39%), risultando nel 2019 la miglior performance a livello regionale (media RER: 4,14%).
- **(IND280)** "Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni". L'indicatore di osservazione valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione over 75 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (medica, infermieristica, socio-sanitaria e volontariato). Il tasso di copertura 2019 risulta tra i più alti in Regione: 252,61 vs RER 191,83.

La continuità assistenziale ospedale-territorio, recependo le indicazioni regionali della DGR 977/2019, è stata oggetto di ulteriori azioni riorganizzative. Nel corso del 2019 si è provveduto a dotare i Servizi interessati di un applicativo informatico specifico per gestire la trasmissione delle informazioni assistenziali necessarie a garantire una tempestiva presa in carico della persona in dimissione protetta. Tale software, in base ai bisogni assistenziali del paziente in dimissione protetta, supporta la progettualità sviluppata nell'ambito dei Punti Unici di Accesso Ospedaliero e Territoriali (PUA/PAT) rispetto all'offerta dei percorsi di cura più appropriati e qualificati consentendo, inoltre, l'attivazione contestuale dei diversi operatori coinvolti.

Assistenza infermieristica domiciliare. La Tabella mostra un numero di pazienti presi in carico nel 2019 (comprese le prestazioni occasionali) in linea con il 2018. Gli accessi in coerenza mostrano un sostanziale mantenimento dei volumi. Si rileva invece un aumento delle prestazioni infermieristiche erogate: +3,3%, pari a +3.962 prestazioni a confronto con l'anno precedente. Al netto delle prestazioni occasionali gli andamenti si confermano gli stessi.

| ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|--|---------|---------|-----------|--------|
| PAZIENTI IN CARICO | 4.653 | 4.627 | -26 | -0,6% |
| ACCESSI INFERMIERISTICI | 61.367 | 61.804 | 437 | 0,7% |
| ACCESSI INFERMIERISTICI PER PAZIENTE | 13,2 | 13,4 | 0,17 | 1,3% |
| PRESTAZIONI EROGATE | 119.191 | 123.153 | 3.962 | 3,3% |

Di seguito si riporta, inoltre, la distribuzione percentuale degli episodi di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente (detto anche TAD), per tipologia e per livello di assistenza, a confronto con la distribuzione del totale regionale. I dati sono tratti dalla Reportistica predefinita ADI Regionale.

| ADI 2019 Episodi per Livello di assistenza | BASSA INTENSITA' | | MEDIA INTENSITA' | | ALTA INTENSITA' | | TOTALE | |
|--|------------------|-------|------------------|-------|-----------------|-------|---------|------|
| | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % |
| IMOLA | 3.783 | 69,6% | 808 | 14,9% | 848 | 15,6% | 5.439 | 100% |
| TOTALE RER | 87.640 | 66,2% | 31.945 | 24,1% | 12.845 | 9,7% | 132.430 | 100% |

| ADI 2019 Episodi per Tipo di assistenza | ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE | | ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | ASSISTENZA SOCIO- SANTARIA | | CURE PALLIATIVE DI BASE | | CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE | | TOTALE | |
|---|------------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|---------|------|
| | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % | Episodi | % |
| IMOLA | 1.295 | 23,8% | 3.197 | 58,8% | 830 | 15,3% | 99 | 1,8% | 18 | 0,3% | 5.439 | 100% |
| TOTALE RER | 56.814 | 42,9% | 62.530 | 47,2% | 6.451 | 4,9% | 4.331 | 3,3% | 2.304 | 1,7% | 132.430 | 100% |

Assistenza agli anziani non autosufficienti. Si conferma un volume di giornate di degenza nelle strutture residenziali in leggero aumento rispetto all'anno precedente: +0,4%, pari a +785 giornate.

Se si considerano i PL temporanei in RSA (n. 6) si rileva un decremento del -6%, pari a -138 giornate di degenza. Le giornate di presenza in strutture semi-residenziali rispetto al 2018 confermano volumi in mantenimento +1,2%, pari a +168 giornate di presenza.

Il tasso di occupazione PL accreditati (507) più una quota parte privati nelle stesse CRA si attesta al 97,76% in linea con l'anno precedente (97,17%). Il tasso di occupazione dei PL temporanei in RSA (dal 1/6/2018 n. 6 posti) si conferma a 99,09% (2018: 98,59%).

| POSTI LETTO | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|--|---------|---------|-----------|--------|
| Strutture Residenziali | 505 | 507 | 2 | 0,4% |
| di cui temporanei in RSA | 6 | 6 | 0 | 0,0% |
| Strutture Semi residenziali | 52 | 52 | 0 | 0,0% |
| ATTIVITA' IN GG DI DEGENZA | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Strutture Residenziali | 177.376 | 178.161 | 785 | 0,4% |
| di cui temporanei in RSA | 2.308 | 2.170 | -138 | -6,0% |
| Strutture Semi residenziali | 13.874 | 14.042 | 168 | 1,2% |
| TASSO DI OCCUPAZIONE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Tasso di occupazione posti letto accreditati e quota parte privati nelle stesse CRA | 97,17% | 97,76% | - | 0,6% |
| Tasso di occupazione PL temporanei in RSA n. 8 PL fino a 17/5/2017 e da 18/5/2017 PL n.7 | 98,59% | 99,09% | - | 0,5% |

Psichiatria Adulti. Sotto il profilo della degenza ospedaliera si osserva un sostanziale mantenimento dei casi trattati in SPDC. I casi in RTI presentano un lieve decremento pari a -11% (-9 casi). I dati relativi alla degenza media e al tasso di occupazione in SPDC e RTI, riportati in tabella, mostrano una generale flessione, in particolare in riferimento al tasso di occupazione in RTI (-10,7%).

| PSICHIATRIA ADULTI - SPDC e RTI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------|--------------|
| Casi trattati in degenza ordinaria | 330 | 334 | 4 | 1,2% |
| Casi trattati in RTI (n.ro dimessi) | 81 | 72 | -9 | -11,1% |
| Casi totali | 411 | 406 | -5 | -1,2% |
| Degenza media in regime ordinario | 13,9 | 13,4 | -0,4 | -3,2% |
| Tasso occupazione PL ordinari | 97,0% | 95,0% | | -2,0% |
| Degenza media in RTI | 31,9 | 31,5 | -0,4 | -1,3% |
| Tasso occupazione RTI | 88,4% | 77,7% | | -10,7% |

Si riportano 4 nuovi indicatori monitorati su piattaforma InSiDER con rispettivi esiti 2019 a rappresentazione dell'attività di ricovero 2019 (tassi std di ospedalizzazione calcolati con mobilità passiva stimata su ultimo anno disponibile: 2018).

- (IND233) "Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria x 100.000 residenti maggiorenni" (valore atteso < 175). L'AUSL di Imola totalizza 250,79, in linea con il dato regionale (249,98).
- (**IND236**) "Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni" (valore atteso < 25). L'indicatore, compreso nel Piano Performance 2018-2020, nel 2019 mostra un tasso pari a 25,8 in miglioramento rispetto al 2018 (31,79) e in linea con il dato regionale (27,56).
- (IND234) "% di re-ricoveri entro 7 giorni in psichiatria" (valore atteso < 5%). Il valore aziendale risulta pari a 9,81% il valore regionale più alto (RER 5,88%).
- (IND235) "% di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria" (valore atteso < 5%). La % aziendale 2019 pari a 4,72% esprime la miglior performance a livello regionale (media RER: 6,38%).

Sul versante territoriale (Psichiatria Adulti Territoriale) i dati mostrano un lieve incremento degli utenti del CSM pari a +0,9% (+24 casi). Si evidenzia un decremento di pazienti in Day Service, pari a -15,7% (-219 casi). Le prestazioni erogate in ambito territoriale risultano in incremento del +1,5% (+1.833 prestazioni).

| PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|-----------------------------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| Utenti CSM | 2.725 | 2.749 | 24 | 0,9% |
| Casi in Day Hospital Territoriale | 42 | 71 | 29 | 69,0% |
| Interventi di crisi in DHT | 217 | 246 | 29 | 13,4% |
| Utenti c/o Centro Diurno | 47 | 42 | -5 | -10,6% |
| Nuovi utenti presi in carico | 391 | 383 | -8 | -2,0% |
| Dimessi | 1.259 | 1.281 | 22 | 1,7% |
| Pazienti in Day Service | 1.391 | 1.172 | -219 | -15,7% |
| PRESTAZIONI EROGATE | 120.631 | 122.464 | 1.833 | 1,5% |

Su piattaforma InSiDER in area Piano Performance 2018-2020, si monitorano i seguenti indicatori:

- (**IND228**) "Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti" (Obiettivo <= 7). Nel 2019 l'AUSL di Imola evidenzia un valore medio in progressiva diminuzione che nel 2019 risulta pari a 9,05 vs un tempo medio RER pari a 11,33.

- **(IND211)** "Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA" (Obiettivo $\geq 10,82$). L'AUSL di Imola rispetta ampiamente il target previsto (21,14) e risulta in linea con il valore medio regionale (20,98).
- **(IND224)** "Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti". L'indicatore, che tratta la quota di persone che si rivolgono ai servizi e misura la capacità dell'organizzazione di intercettare i residenti, risulta pari a 20,82 in linea con il valore medio regionale (20,41).

Neuropsichiatria Infantile. Si conferma, come negli ultimi due anni, il trend in incremento degli utenti in carico (+8% pari a +144 casi) e dei nuovi utenti (+3% pari a +21 casi) in coerenza col potenziamento degli interventi che, dal 2017 su finanziamento regionale del Progetto PRIA, hanno riguardato l'ambito dell'Autismo. Le prestazioni in termini di volumi erogati, in coerenza con l'incremento sopra riportato, evidenziano un incremento rispetto al 2018 pari a +8% (+2.055 prestazioni).

| NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|------------------------------|--------|--------|-----------|--------|
| Utenti in carico | 1.772 | 1.916 | 144 | 8,1% |
| Nuovi utenti presi in carico | 681 | 702 | 21 | 3,1% |
| Prestazioni erogate | 26.000 | 28.055 | 2.055 | 7,9% |

Su InSiDER in area Piano Performance 2018-2020:

- **(IND225)** "Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile" (Obiettivo ≥ 50). L'AUSL di Imola mostra un esito pari a 80,88 in netto miglioramento rispetto al 2018 (74,53) e al 2017 (70,05).

Dipendenze Patologiche. Si registra un lieve incremento del numero di utenti in carico a fronte di un volume complessivo di prestazioni erogate in linea con i volumi registrati l'anno precedente. In ambito di semiresidenzialità presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno) si registrano +4 casi con una conferma delle giornate di degenza in sostanziale allineamento con l'anno precedente.

| DIPENDENZE PATOLOGICHE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|--|--------|--------|-----------|--------|
| Utenti in carico | 1.099 | 1.125 | 26 | 2,4% |
| Nuovi utenti presi in carico | 215 | 224 | 9 | 4,2% |
| Prestazioni erogate | 33.810 | 33.603 | -207 | -0,6% |
| Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore | | | | |
| Utenti nell'anno | 77 | 81 | 4 | 5,2% |
| Nuovi utenti presi in carico | 43 | 40 | -3 | -7,0% |
| Giornate di degenza | 4.734 | 4.789 | 55 | 1,2% |
| Dimessi | 32 | 34 | 2 | 6,3% |

Consultorio Familiare. Gli utenti in carico presso il Consultorio risultano in aumento rispetto all'anno precedente (+1,8%) in coerenza con l'incremento degli accessi (+3,2%) e delle prestazioni totali erogate (individuali + di gruppo) pari a +3,8%. Le prestazioni individuali suddivise per tipologia operatore mettono in evidenza un incremento significativo dell'attività delle ostetriche (+12%; +1.225 prestazioni).

| UTENTI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|---|---------------|---------------|------------|-------------|
| TOTALE Utenti in carico | 6.677 | 6.794 | 117 | 1,8% |
| ACCESSI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| TOTALE Accessi | 25.158 | 25.953 | 795 | 3,2% |
| Utenti Consultorio familiare | 22.272 | 21.345 | -927 | -4,2% |
| Utenti Spazio donne immigrate e loro bambini | 237 | 260 | 23 | 9,7% |
| Utenti Spazio giovani (14 - 19 anni) | 2.175 | 3.219 | 1.044 | 48,0% |
| Utenti Spazio giovani Adulti (20 - 19 anni) | 474 | 1.129 | 655 | 138,2% |
| PRESTAZIONI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| TOTALE Prestazioni | 24.935 | 25.886 | 951 | 3,8% |
| Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie) | 24.310 | 25.416 | 1.106 | 4,5% |
| Prestazioni di gruppo (gruppi di persone) | 625 | 470 | -155 | -24,8% |
| PRESTAZIONI INDIVIDUALI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Prestazioni individuali per Tipo Operatore | 24.310 | 25.114 | 804 | 3,3% |
| GINECOLOGA/O | 11.281 | 10.707 | -574 | -5,1% |
| OSTETRICA/O | 9.887 | 11.112 | 1.225 | 12,4% |
| PSICOLOGA/O | 3.142 | 3.295 | 153 | 4,9% |

L'attività medico ostetrico-ginecologica, dettagliata nella tabella seguente, evidenzia un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in decremento (-12,3%; -1.250 prestazioni), con particolare riferimento alle Ecografie (-10%; -274), alle prime visite (-8%; -306) e alle visite di controllo (-20%; -522).

| ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA | | | | |
|---|---------------|--------------|---------------|---------------|
| Specialistica ambulatoriale per esterni | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Ecografia | 2.864 | 2.590 | -274 | -10% |
| Altre prestazioni Terapeutiche | 145 | 161 | 16 | 11% |
| Chirurgia Ambulatoriale | 7 | 2 | -5 | -71% |
| Prima visita | 3.767 | 3.461 | -306 | -8% |
| Visita di controllo | 2.585 | 2.063 | -522 | -20% |
| Non codificata: "Valutazione esami" | 768 | 609 | -159 | -21% |
| TOTALE | 10.136 | 8.886 | -1.250 | -12,3% |

La tabella col dettaglio dell'attività delle Ostetriche "Sostegno al puerperio" evidenzia una contrazione di accessi a domicilio (-28%; -31 accessi) e in ospedale nell'ambito del progetto "dimissione precoce neonato sano" (-11%; -199 accessi). L'attività di assistenza alla gravidanza sempre da parte del personale ostetrico, rileva un decremento di prime visite (-75%; -100) e di viste di controllo (-73%; -296).

| ATTIVITA' OSTETRICHE | | | | |
|---|-------|-------|-----------|--------|
| Sostegno al puerperio | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Accessi a domicilio | 112 | 81 | -31 | -28% |
| Accessi puerpere ambulatorio consultoriale | 135 | 138 | 3 | 2% |
| Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano) | 1.732 | 1.533 | -199 | -11% |
| Puerpere (residenti) contattate alla dimissione | 512 | 523 | 11 | 2% |
| Puerpere Totali contattate alla dimissione | 674 | 718 | 44 | 7% |
| Pronto latte (n° telefonate) | 751 | 751 | 0 | 0% |
| Assistenza in gravidanza | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA | 133 | 33 | -100 | -75% |
| Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA | 403 | 107 | -296 | -73% |
| Prelievo microbiologico | 853 | 955 | 102 | 12% |

A completamento della rendicontazione degli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018 -2020 relativi all'area consultoriale, si riporta la rendicontazione della programmazione regionale 2019 in riferimento agli obiettivi sotto descritti.

Materno infantile – percorso nascita. Nel 2019, nell'ambito del Consultorio Familiare, è proseguita l'assistenza alla gravidanza fisiologica e quella con un profilo assistenziale che coinvolge più professionisti (ostetriche e ginecologhe). Nel 2019 il primo colloquio ostetrico è stato effettuato al 65,7% delle donne in gravidanza della nostra Azienda, con una leggera flessione rispetto all'anno precedente, verosimilmente attribuibile al ricambio dell'organico.

Nel 2019 è stata implementata l'attività ostetrico-ginecologica con l'aumento di 6 ore settimanali, tale da garantire in modo più efficiente prestazioni quali le ecografie del 2° trimestre ed il test combinato, che risultavano insufficienti.

Nel 2019 i corsi di accompagnamento alla nascita sono stati offerti a tutte le gestanti afferenti al Consultorio nella sede di Imola e Castel S. Pietro Terme. Nel conteggio dei corsi sono compresi tutti quelli del Consultorio Familiare organizzati e condotti dall'equipe, dedicati alla gravidanza, alla genitorialità, non dimenticando il corso dedicato ai nonni. Al Consultorio sono continuati i corsi "I Pomeriggi al Consultorio ... Crescendo Insieme", momenti di incontro, scambio e confronto di esperienze su tematiche riguardanti lo sviluppo e la relazione madre, padre, bambino nel primo anno di vita, con la partecipazione di professionisti della prima infanzia. Particolare importanza hanno rivestito gli incontri rivolti ai neo-papà, con lo scopo di valorizzare la relazione padre-bambino.

| Anno | N. CORSI percorso nascita | N. partecipanti attività percorso nascita |
|-------------|---------------------------|---|
| 2017 | 69 | 520 |
| 2018 | 59 | 536 |
| 2019 | 44 | 474 |

In riferimento agli indicatori della DGR 977/2019, Area Materno-Infantile, monitorati su piattaforma InSiDER e compresi tra gli indicatori del Piano Performance 2018-2020 (Processi interni – Territorio), si riportano di seguito gli esiti 2019:

- **(IND310)** "% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza". Nel 2019 l'AUSL di Imola mostra una % di donne in gravidanza seguite prevalentemente dal Consultorio pari al 47%, in lieve miglioramento rispetto al 2018 (44,55%), con una media regionale del 54,21%.
- **(IND661)** "% donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corso di accompagnamento alla nascita". L'AUSL di Imola mostra un dato 2019 pari al 65,06% in incremento rispetto al 2018 (62,7%). Complessivamente in Regione risulta pari al 62,37%.
- **(IND662)** "% donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita". Nel 2019 in Regione la % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita è stata pari al 28,36%. L'AUSL di Imola mostra un dato pari al 40,21%.

Per quello che riguarda i corsi di accompagnamento alla nascita dedicati alle donne migranti, nel 2019 si è svolta un'unica edizione con 16 partecipanti, ma 64 donne di altri Paesi hanno partecipato durante tutto l'anno ai corsi che sono stati organizzati. E' stato, inoltre, effettuato un corso di massaggio al neonato a maggio grazie alla collaborazione con una collega ospedaliera, in attesa della formazione necessaria per la nuova ostetrica di riferimento.

I Nati a Imola nel 2019 sono stati complessivamente 890, di cui nati vivi 888 (nel 2018: 938).

Nel 2019 è proseguita l'assistenza al puerperio con l'accesso trisettimanale dell'ostetrica del Consultorio in ospedale per la presa in carico della puerpera e del neonato. Si è aggiunto, a seconda della necessità, l'accesso della donna e del bambino agli spazi dedicati ad entrambi all'interno del Consultorio, per consulenze ostetriche e/o psicologiche per la prevenzione dei disturbi psicologici del puerperio. Sono state effettuate anche delle visite domiciliari da parte dell'ostetrica per i casi che lo richiedevano.

| ASSISTENZA AL PUERPERIO 2019 | | |
|--|-------------|-----------------------|
| Accessi a domicilio | 81 | -41 rispetto al 2018 |
| Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce) | 138 | +3 rispetto al 2018 |
| Accesso delle puerpere ambulatorio consultoriale | 1533 | -199 rispetto al 2018 |
| N° puerpere residenti contattate alla dimissione | 718 | +43 rispetto al 2018 |
| Pronto Latte- assistenza al puerperio n° telefonate | 391 | -169 rispetto al 2018 |
| Pronto Latte- sostegno allattamento n° telefonate | 360 | +169 rispetto al 2018 |

Mentre le attività di home-visiting e ambulatorio del puerperio si sono andate consolidando solo verso l'ultima parte dell'anno, i dati relativi agli accessi delle ostetriche in ospedale, il numero delle puerpere residenti contattate alla dimissione e il sostegno all'allattamento telefonico sono aumentati. A questo proposito si ritiene sia stata utile la formazione organizzata nel 2019 dal Consultorio Familiare sul tema del puerperio, aperta a tutti i professionisti del Percorso Nascita, con 3 incontri tematici

Progetto Ministeriale: Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura ed assistenza della sindrome depressiva post partum. Il progetto, che vede collaborare servizi sanitari e territoriali, ha previsto un periodo di formazione degli operatori coinvolti e di successiva progettazione. L'obiettivo è di promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie. Attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati ci si propone di individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale prevedendo, nei casi individuati come portatori di significativo disagio, l'offerta attiva di colloqui psicologici che favorisca il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

In riferimento agli indicatori di osservazione del Piano Performance 2018-2020, Area Esiti, di seguito si riportano i risultati relativi al 2019, pubblicati su piattaforma InSiDER:

- (**IND402**) "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio" (Valore di riferimento <= 0,7%). Nel 2019 la % risulta pari a 1,06%, in miglioramento rispetto al 2018 (1,43%).

- **(IND403)** "Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio" (Valore di riferimento <= 1,2%). Nel 2019 la % risulta pari a 1,72% vs 1,2% del 2018.

Salute riproduttiva. Nel 2019 è proseguita l'attività dello Spazio Giovani, servizio del Consultorio Familiare per le/i ragazze/i dai 14 ai 19 anni, che offre consulenza e presa in carico in campo ostetrico, ginecologico e psicologico. E' aperto, ad accesso libero e gratuito, due pomeriggi alla settimana nella sede di Imola ed altri due pomeriggi settimanali uno a Castel San Pietro Terme e uno Medicina. Ci si può rivolgere sia spontaneamente sia indirizzati dagli adulti (genitori, PLS, MMG e insegnanti). Lo Spazio Giovani si occupa anche di un'area di tutela e promozione della salute. Sono stati attuati 9 progetti nei seguenti istituti scolastici: 8 scuole primarie, 12 scuole secondarie di primo grado, 3 licei, 3 istituti tecnici professionali, 1 Corso di Formazione Professionale e 1 gruppo di ragazzi per l'extrascuola. Le tematiche affrontate con i ragazzi sono state: prevenzione al bullismo, contrasto alla violenza di genere, educazione all'affettività e sessualità, prevenzione HIV, MST e vaccinazioni HPV e approccio consapevole all'utilizzo dei media. Gli insegnanti sono stati coinvolti in 3 incontri formativi sulle tematiche relative ai disagi delle nuove generazioni di adolescenti: disturbi del comportamento alimentare, ritiro sociale, violenza nelle giovani coppie e problematiche relative all'accettazione del proprio corpo. E' proseguita la programmazione del progetto regionale "W L'amore" con il coinvolgimento di un istituto scolastico e 125 ragazzi delle scuole secondarie di primo grado ed i loro insegnanti.

| ACCESSI | 2018 | 2019 | Var. | % var. |
|---|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Utenti Spazio giovani (14 - 19 anni) | 2.175 | 3.219 | 1.044 | 48% |
| Utenti Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni) | 474 | 1.129 | 655 | 138,2% |

In riferimento all'indicatore previsto dal Piano performance 2018-2020 e dalla DGR 977/2019 relativo agli Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani:

- **(IND317)** "% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)" (Obiettivo: >=7%). L'esito 2019 mostra un miglioramento: 9,4% vs 7,75% del 2018 e superiore alla media RER 2019 (7,25%).

Percorso IVG. Nel 2019 sono state garantite uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico. Il numero di IVG in Azienda nel 2019 è stato pari a 132: nel 17,42% dei casi l'IVG è stata farmacologica, nel 82,58% è stata chirurgica. Sul totale delle IVG, l'85,6% delle donne sono risultate residenti nel territorio aziendale (113 donne).

Per quanto concerne i due indicatori di osservazione previsti dal Piano Performance 2018-2020 e dalla DGR 977/2019, si riportano gli indicatori InSIDER:

- **(IND542)** "% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane" (Valore di riferimento <= 25). Nel 2019: 19,27% in netto miglioramento rispetto all'anno precedente 25,22% (2018).
- **(IND311)** "% IVG medica sul totale IVG" (Valore di riferimento > = 34). Nel 2019 risulta pari a 25,49% in miglioramento rispetto al 2018 (21,02%). La % media regionale 2019 risulta pari al 38,34%.

Il Consultorio ha erogato 119 certificazioni di interruzione di gravidanza a fronte di un totale di 132 richieste, pari al 90,15%, con un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente (150 nel 2018). Particolare attenzione viene rivolta al lavoro di rete per offrire alle donne uno spazio di pensiero e di elaborazione delle loro emozioni nel rispetto delle loro scelte.

Contrasto alla violenza. Nel corso del 2019 le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori coordinate dal tavolo tecnico aziendale sono proseguite nelle aree di prevenzione, sensibilizzazione e presa in carico. Si puntualizzano alcune di queste azioni:

- Convocazioni periodiche dei membri del tavolo composto da figure professionali socio-sanitarie e provenienti dalle associazioni del territorio per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere.
- Prosecuzione attività di "Diamoci un taglio", campagna di sensibilizzazione contro la violenza maschile che ha coinvolto i professionisti della cura del corpo femminile, nello specifico i parrucchieri del Circondario. L'obiettivo è allargare sempre di più la rete di solidarietà per intercettare il disagio e poter fornire utili informazioni sulle Associazioni e sui Servizi presenti sul nostro territorio.
- Adesione e collaborazione al progetto sostenuto dall'Associazione Trama di terre, la "Carovana delle Donne" con incontri a gruppi di donne provenienti da altri paesi, condotti da psicologa ed ostetrica.
- Offerta eventi formativi rivolti agli insegnanti e agli operatori sanitari del Pronto Soccorso. Tre percorsi formativi sono stati accreditati e messi a disposizione sulla piattaforma regionale Ellaber a partire da luglio 2019: "FAD Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere", in area emergenza urgenza, area sanitaria territoriale e area sociale. Inoltre, la Regione ha realizzato un corso FAD che ha previsto per tutti gli iscritti 6 ore propedeutiche per poter accedere ad uno o più moduli specialistici di 2 ore: Modulo per operatori di Emergenza Urgenza; Modulo per operatori Sociali; Modulo per operatori dei Servizi sanitari territoriali. In riferimento agli iscritti (totale 137) coloro che hanno completato almeno un corso sono risultati 97, il 71% degli iscritti. La tabella sotto riporta le unità operative/Dipartimenti e le figure professionali coinvolte a livello aziendale.

| UNITA' OPERATIVE | DIPARTIMENTO | FIGURE PROFESSIONI |
|------------------------|---|---|
| CONSULTORIO | CURE PRIMARIE | MMG PLS, MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, OSS, EDUCATORI PROFESSIONALI, OSTETRICHE, ASSISTENTI SOCIALI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA. |
| MMG-PLS-CA | CURE PRIMARIE | |
| SERT | SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | |
| CSM | SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | |
| DAY H TERRITORIALE | SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE | |
| PRONTO SOCCORSO | EMERGENZA E ACCETTAZIONE | |
| EMERGENZA TERRITORIALE | EMERGENZA E ACCETTAZIONE | |
| OSTETRICIA GINECOLOGIA | CHIRURGICO | |

Salute in età pediatrica e adolescenziale

Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti. Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-18, progetto 3.7 (DGR 771/2015), prevede la definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il

contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti e il monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati.

Il lavoro del tavolo Aziendale e dell'ASP si è concluso con la pubblicazione di una procedura "Percorso diagnostico/assistenziale ospedaliero in caso di minore vittima di certo o sospetto maltrattamento/abuso (doc. 6120 - versione 1 del 30/12/2019) ad opera della Direzione di Presidio e di un PDTA "Tutela MINORI" (doc. 6108 - versione 1 del 20/12/2019) a firma del Direttore Sanitario, del Direttore delle Attività Socio Sanitarie della AUSL e dell'ASP Circondario Imolese, al fine di costituire una rete integrata intraospedaliera e ospedale-territorio per la tutela del minore anche in condizioni di emergenza e assicurare l'identificazione dei segni/sintomi di maltrattamento/abuso del bambino attraverso la sensibilizzazione e la formazione dei professionisti dei vari Servizi Ospedalieri coinvolti. Il documento è stato presentato coinvolgendo anche gli operatori del Consultorio Familiare nel mese di dicembre in occasione di una giornata formativa durante la quale il documento è stato presentato a livello aziendale. A partire dal 2018 fino a tutto il 2019 è stata istituita un'equipe multi professionale con l'obiettivo di accogliere il disagio psicologico e psichiatrico in chiave trans-culturale. Nel 2019 il numero dei minori seguiti dalla UOC NPPIA ed in carico ad ASP per condizione di maltrattamento abuso è risultato pari a 135 casi.

Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza. Si è costituito il Gruppo di lavoro sulla "Emergenza e Urgenza per in adolescenza" coordinato dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DSM DP) al quale partecipa il Direttore della Pediatria per dare attuazione alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" (Circolare n. 1/2017) in particolare per quanto riguarda l'accesso, la presenza di equipe funzionali multiprofessionali e il potenziamento dei percorsi in emergenza/urgenza.

Per quanto riguarda la fascia 14-25 le raccomandazioni regionali del 2017 (allegato circolare n. 1 del 7 febbraio 2017 Direzione generale Cura della persona, salute e welfare) hanno previsto per l'anno 2019 la prosecuzione del lavoro dell'equipe funzionale, costituita da operatori delle unità operative NPPIA, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Consultorio Familiare. All'interno dell'Azienda sono stati previsti accessi pensati per gli adolescenti sia nei diversi servizi del DSM che al Consultorio familiare, con possibilità di lavoro in rete secondo le necessità del caso. Dopo attento esame delle procedure per la gestione dell'emergenza-urgenza in adolescenza già vigenti in Azienda, si è attivato nel 2019 un gruppo di lavoro allargato anche ai servizi ospedalieri per una revisione delle procedure che garantisca il raccordo ospedale-territorio. All'interno dei percorsi di presa in carico della NPPIA sono inoltre previsti trattamenti psicoeducativi di gruppo sul territorio ed eventuali interventi individuali per adolescenti a rischio di emergenza psicopatologica. Proprio a tale scopo alcuni educatori hanno partecipato alla formazione regionale specifica.

Si ricorda che dal 2011 (Deliberazione 159/2011) è attivo il Gruppo Multidisciplinare Aziendale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA) per adolescenti e adulti ed inoltre in Pediatria vengono effettuati ricoveri di adolescenti con problemi psicopatologici direttamente dal Pronto Soccorso in caso di urgenza o concordati con la Neuropsichiatria Infantile. In Pediatria si ricoverano pazienti fino a 15 anni.

Il "Programma regionale psicopatologia 0-25" mira a focalizzare gli interventi clinico-assistenziali sulla psicopatologia e psichiatria nel target 0-25 anni con l'articolazione 0-13 e 14-25. Per quanto riguarda la fascia 0-13 anni le raccomandazioni regionali del 2018 (allegato circolare n. 3 del 6 marzo 2018 Direzione

generale Cura della persona, salute e welfare) hanno previsto per il biennio 2018/2019 un corso di formazione per i referenti clinici ed alcuni operatori del comparto della NPIA sull'utilizzo della classificazione CD: 0-3R per la valutazione diagnostica multidimensionale nella prima infanzia. Nel 2019 si è tenuto l'evento conclusivo del percorso formativo regionale e sono stati svolti a livello locale i laboratori sull'utilizzo pratico dello strumento. In seguito è stata revisionata la procedura di valutazione multiprofessionale 0-3 di NPIA la cui pubblicazione su DocWeb è avvenuta a febbraio 2020.

In riferimento alla prevenzione dei rischi si è proseguito il lavoro sulla fascia di popolazione 14-25 anni consolidando la Rete di presidio sul territorio attraverso il "Progetto vivere", che nel tempo si è dimostrato valido presidio di contrasto ai rischi anche per gli adolescenti.

Promozione dell'Allattamento. Nel 2019 sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- (IND756) "% schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento" (Obiettivo < 10). Nel 2018 l'AUSL di Imola mostrava una % pari a 10,17%, nel 2019 risulta in netto miglioramento: 5,5%.
- Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento tramite la pianificazione e l'implementazione di interventi a sostegno delle donne che vogliono allattare, fra cui la formazione a cascata del personale secondo il modello regionale di allattamento in posizione semi-reclinata. Con l'intento di accrescere le competenze sul tema, gli operatori del percorso nascita hanno partecipato a un evento formativo aziendale organizzato secondo il mandato regionale, ovvero improntato sul Biological Nurturing - la posizione semireclinata: "Sosteniamo gli operatori che sostengono l'allattamento al seno".

In tabella i dati di prevalenza allattamento 2019 vs 2018, relativi agli indicatori monitorati su InSiDER.

| DATI PREVALENZA ALLATTAMENTO 2019 IMOLA | 2018 | 2019 |
|--|-------------|---------------|
| (IND526) % std Allattamento completo a 3 mesi (Obiettivo >60%) | 61,13% | 56,79% |
| (IND527) % std Allattamento completo a 5 mesi (Obiettivo >45%) | 44,7% | 47,93% |
| (IND528) % std Non allattamento a 3 mesi (Obiettivo <12%) | 18,92% | 20,83% |
| (IND529) % std Non allattamento a 5 mesi (Obiettivo < 20%) | 29,8% | 29,87% |

Promozione della salute in adolescenza. Nel 2019, in un'ottica preventiva, è proseguita l'offerta di interventi di educazione sanitaria finalizzati al benessere e alla salute dell'adolescente e della sua famiglia. I progetti realizzati nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado hanno riguardato varie tematiche e sono stati ispirati dai bisogni emersi dai ragazzi e dai vari mondi di appartenenza.

- Affettività e sessualità: il progetto ha lo scopo di aiutare le/i ragazze/i ad attuare scelte consapevoli e responsabili relative alla sfera della sessualità e dell'affettività, ponendo attenzione alla prevenzione dei rischi di gravidanze indesiderate e di malattie sessualmente trasmesse.
- "W L'Amore": progetto promosso dalla Regione Emilia-Romagna rivolto ai ragazzi che frequentano le scuole secondarie.
- "L'Amore a Colori": progetto regionale con il coinvolgimento del CIPIA (Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti) al fine di educare ad una sessualità piacevole, responsabile e consapevole, rivolto al corpo docenti che insegnano la lingua italiana.

Nel 2019 sono stati effettuati 104 interventi scolastici, per un totale di 2.596 ragazzi coinvolti.

Integrazione socio-sanitaria

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza. Nel corso del 2019 si sono mantenuti periodici monitoraggi circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché l'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza semestrale.

In tali occasioni è stata fatta una verifica della sostenibilità delle scelte della programmazione locale garantendo il corretto utilizzo delle risorse 2019 ed i residui trascinati dagli anni precedenti.

La programmazione complessiva dell'anno 2019, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di circa € 13.997.820 per l'FRNA, di € 1.712.820 per l'FNA, di € 224.310 relativo ai residui del Progetto "Dopo di Noi" e di € 85.339 relativo al Progetto di "Vita Indipendente" 2017-2018 tra quote del Ministero (MLPS) e quote FRNA.

Le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse del FRNA rispetto ai servizi socio sanitari accreditati sono state rispettate e le prestazioni sanitarie rese nell'ambito dei servizi socio sanitari accreditati sono state correttamente imputate al fondo sanitario.

In sede di aggiornamento, come di consueto, sono state apportate modifiche ed integrazioni per quanto riguarda la nuova classificazione degli ospiti (case mix), la rideterminazione del costo del lavoro e le variazioni intervenute nell'ambito degli elementi di flessibilità e preso atto degli aumenti ai sensi DGR 1429/2019. Di seguito le attività poste in essere nel 2019.

- Come nel 2018, si è riconosciuto il rimborso parziale di ore di sostegno psicologico: ore 669,50 annui pari a € 15.978,96 contro ore 674,25 annui € 16.088,04 del 2018. Nel 2019 sono state integrate 13 ore di sostegno ai disabili per un costo di € 305,25.
- Per quanto riguarda la popolazione anziana non autosufficiente la spesa a consuntivo è stata: Case Residenze Anziani FRNA € 7.482.591; Centri Diurni Anziani FRNA € 355.919; Assistenza Domiciliare Anziani FRNA € 784.785 e Assistenza Domiciliare Anziani (Dimissione protetta) € 37.935. Sono stati erogati assegni di cura a 306 assistiti (totale assegni di cura anziani e rimborso badanti pari a € 528.404 a carico del FNA Vincolato e € 52.687 a carico del FNA Vincolato Gravissimi).
- L'Associazione Alzheimer, in collaborazione con l'Azienda, nel 2019 ha proseguito con l'attività dei Caffè Alzheimer in due località del Distretto con la partecipazione di 132 utenti, con un progetto di stimolazione cognitiva e supporto psicologico ai familiari di persone affette da demenza (45 utenti coinvolti). Con il FRNA si è sostenuta tale attività con € 1.102 in analogia agli anni precedenti.
- Per contrastare l'isolamento anziani ultra 75enni soli o con caregiver anziano nei periodi di caldo estivo, nel 2019, in collaborazione con ASP Circondario Imolese si è provveduto a rivisitare il formulario per eseguire l'intervista, a effettuare una nuova formazione ai volontari e a caricare i dati raccolti in un file Excel dal quale sono state estrapolate importanti informazioni sul target di popolazione.
- Sono stati monitorati diversi indicatori socio sanitari nelle strutture Accreditate (ricoveri ospedalieri, accessi al servizio di emergenza accettazione, nonché lesioni da decubito, cadute, ecc.) attraverso incontri mensili di coordinamento con i Coordinatori delle CRA.
- Per quanto riguarda il programma demenze (DGR 990/2016), anche nel 2019 è stata fatta la consueta giornata formativa "Il PDTA per le demenze e la rete comunitaria di sostegno del malato e delle

famiglie” con importante partecipazione degli operatori territoriali. Il referente individuato è il Responsabile della Geriatria. Si è intensificata la collaborazione fra il Centro disturbi cognitivi e Casa Alzheimer giungendo così ad incrementare e qualificare l’utilizzo dei posti temporanei della CRA Cassiano Tozzoli; in totale i posti sono diventati n. 6 di cui 2 dal 1/6/2019 per un totale di 1.578 gg. di presenza contro i 1.402 gg del 2018 e contro 1.158 gg. del 2017.

- E’ proseguita l’attività di vigilanza delle strutture autorizzate attraverso la Commissione DGR 564. Sono stati pianificati n. 14 sopralluoghi in orario serale in 14 strutture di cui 5 Strutture Accreditate, oltre alla normale attività istituzionale inerente ai sopralluoghi per le autorizzazioni al funzionamento.

Per quanto riguarda la popolazione adulta disabile:

- La spesa a consuntivo 2019 per la residenzialità disabili (strutture di Livello Alto e Medio) è stata circa di € 2.433.454 a carico del FRNA di cui una quota a carico della Vita Indipendente co-finanziamento FRNA, per la Semiresidenzialità è stata di € 734.131 a carico del FRNA e di € 81.612 a carico del FNA Vincolato Gravissimo, mentre per i Centri Occupazionali è stata di € 339.934.
- Sono stati autorizzati n. 3 soggiorni di sollievo per disabili adulti per una spesa FRNA di € 14.088.
- Sono stati erogati assegni di cura per disabili adulti e rimborso badanti, finalizzati a favorire l’assistenza a domicilio, per n. 72 utenti; per i gravissimi disabili la spesa a carico del FNA Vincolato Gravissimi è stata di circa € 148.238, per gli handicap gravi di € 136.440 a carico del FNA Vincolato e di € 48.180 a carico del FNA Vincolato Gravissimi.
- Per la gravissima disabilità (DGR 2068/2004) la spesa totale per la residenzialità a carico del FRNA è stata di € 201.568. Complessivamente gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (C.R.A.) del territorio sono stati n. 10; un ulteriore utente ha usufruito di residenzialità in una struttura accreditata fuori territorio.
- Si è consolidata l’attuazione del Progetto in materia di vita indipendente coordinato dall’Ufficio di Supporto e di Piano del Nuovo Circondario Imolese con l’apporto tecnico della Cabina di Regia del progetto (composta da componenti dell’Azienda e del Servizio Sociale Territoriale dell’ASP Circondario Imolese). La spesa totale è stata di € 61.620.
- Sono continuati gli incontri con l’associazionismo e familiari dei disabili. Nell’ambito del territorio aziendale, sono stati sviluppati tre sotto-progetti collegati al tema “Dopo di noi”, con una suddivisione per aree territoriali che ha permesso lo sviluppo di più opportunità. In tale progettazione nel 2019 sono stati coinvolti n. 5 utenti con disturbi dello spettro autistico.
- Nel 2019 per quanto riguarda le persone con disturbi dello spettro autistico sono stati fatti alcuni interventi formativi a partire da situazioni specifiche, con peculiarità che ne hanno richiesto l’approfondimento e il coinvolgimento degli operatori impegnati nello specifico caso; nel 2018 sono stati approntati strumenti informativi (scheda di supporto per attuare interventi appropriati) e logistici (ambulatorio dedicato) da utilizzare nel momento dell’accoglienza in Pronto Soccorso, oltre a una disponibilità telefonica degli operatori e del referente aziendale del PRIA. Nel 2019 alcuni accessi in urgenza di utenti con disturbo dello spettro autistico sono diventati occasione per il monitoraggio dell’uso di tali strumenti e dell’efficacia logistica.

Si riportano di seguito alcuni indicatori di attività:

- Corretto utilizzo FNA. Nel 2019 il finanziamento FNA ricevuto ammonta ad € 1.348.238, ad esso si somma il residuo 2018 pari a € 364.583. In riferimento all'obiettivo di spendere almeno il 50% per i gravissimi disabili (art. 3 DM), risulta che è stato utilizzato il 49,21% nel FNA vincolato (pari a € 663.432) ed il 36,51% del FNA vincolato per gravissimi disabili pari a € 492.229 con un residuo 2019 pari a € 557.159.
- Adeguate offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (obiettivo >= 2%). Le giornate di sollievo nel 2019 sono state n. 545 in CRA Venturini; n. 1.578 giornate temporanee in CRA C. Tozzoli per gli anziani con demenza. A queste si aggiungono le giornate di temporaneità nella CRA F. Baroncini, dedicate a ricoveri post dimissione ospedaliera: n. 2.170. Il numero complessivo delle presenze nelle C.R.A. nel 2019 è di 178.161.
- Attuazione nuovi LEA sociosanitari. Assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura dell'assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni. Nel 2017 sono state erogate 1.366 ore. Nel 2018 1.823 ore. Nel 2019 2.667 ore per anziani e 247 per disabili.
- Realizzazione iniziative specifiche di sensibilizzazione di gestori dei servizi socio assistenziali e socio assistenziali, medici di medicina generale e associazioni di volontariato e famiglie sul tema dell'abuso: nel 2019 è stata effettuato da parte dell'AUSL di Imola un evento formativo a favore di tutte le Strutture Residenziali per anziani e disabili del territorio, aperto anche ai MMG e medici di struttura sul tema dell'abuso nelle strutture.
- Realizzazione iniziative formative sul tema del care giver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto: il tema trattato durante gli incontri con il Comitato consuntivo misto aziendale, in relazione ai percorsi di formazione e all'opuscolo prodotto. E' stato effettuato un evento formativo sul tema della gestione in CRA dei pazienti complessi con dimissione protetta "La gestione dei pazienti complessi nelle CRA" e un evento formativo trasversale per il personale infermieristico del territorio orientato al caregiver "Migliorare organizzazione e integrazione tra ospedale e territorio: ruolo dei professionisti e dei caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, sanitari e sociosanitari". Nell'ambito del Tavolo di promozione e sostegno del caregiver in collaborazione con ASP Circondario Imolese, nel 2019 è proseguito l'addestramento del caregiver prima della dimissione ospedaliera per quanto riguarda l'alimentazione tramite sondino nasogastrico e PEG, la respirazione artificiale (tracheo) e la gestione dell'ossigenoterapia sul territorio. In primavera (maggio-giugno) è stato organizzato un percorso formativo dedicato ai Caregiver e Assistenti familiari in due diverse edizioni con sedi a Imola e CSPT per favorirne la massima partecipazione. A seguito di ciò è stato redatto l'Opuscolo "Guida alle opportunità per l'assistente familiare a domicilio (caregiver)". Nella Casa della Salute di CSPT è stata sperimentata la scheda CBI per la rilevazione dello stress del Caregiver e aggiornata la procedura aziendale "Addestramento del Caregiver per pazienti con bisogni assistenziali complessi".
- Applicazione Programma Regionale "Dopo di Noi" Legge 112/2016. Nel 2019 per il programma "Dopo di Noi", la spesa sostenuta è stata di € 122.025 a fronte dei seguenti interventi: Azione di tipo A (percorsi

programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine) per un monte ore totale di circa 2.386; Azione di tipo B (Interventi socio educativi di gruppo) per un monte ore totale di 314; Azione di tipo C (Programmi di accrescimento della consapevolezza, l'abitazione e lo sviluppo delle competenze per favore l'autonomia) per un totale di 53 weekend e di n. 31 ore per coordinamento.

AREA ANZIANI

Assistenza domiciliare e servizi connessi. L'assistenza domiciliare nel 2019 ha subito un lieve incremento, rispetto al 2018, legato all'aumento della domanda, per cui la spesa 2019 è stata di € 784.785, a fronte di n. 56.267 ore di interventi socio assistenziali con un aumento di +0,96%. Nell'ambito di tale offerta si evidenzia l'assistenza tutelare gratuita al care-giver nel post dimissione, erogata ad una media di 40 persone per un totale di 2.667 ore ed un costo pari a € 37.935.

Nel 2019 è stato utilizzato il FNA (parte vincolata a favore delle gravissime disabilità) per sostenere la domiciliarità a 6 utenti, contribuendo alla quota sociale dell'assistenza domiciliare per un importo pari a € 13.007 (a fronte di n. 1.647 ore). La spesa relativa ai pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti è stata finanziata dal Fondo Regionale per la non Autosufficienza, con una spesa complessiva di circa € 183.000. Sono stati forniti complessivamente n. 45.748 pasti. Tale spesa registra il medesimo andamento rispetto al biennio precedente.

La spesa relativa ai trasporti del Comune di Castel San Pietro Terme, ai sensi del DGR 1206/2007, è stata finanziata in parte con il FRNA, per una spesa complessiva pari a € 4.000; si precisa che la restante spesa relativa ai trasporti è stata finanziata dall'ASP del Circondario Imolese, attraverso il Fondo Sociale.

Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente si sono erogati assegni di cura a 306 anziani finanziati, rispettivamente, per un importo di € 468.221 con il Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (FNA) e per l'importo di €. 44.698 con il FNA vincolato alle gravissime disabilità. A tali importi si somma la spesa per il contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto, finanziata per l'importo di € 60.183 a carico del FNA e per l'importo di € 7.989 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

Assistenza semiresidenziale. I posti semiresidenziali accreditati sono 52 suddivisi nei tre Centri Diurni di Imola, Castel S. Pietro e Medicina, per un totale di n. 14.042 giornate di presenza, di cui n. 1.614 relative ad ospiti con problemi di disturbo di comportamento; su tale ultimo dato si rileva una diminuzione rispetto all'anno precedente. La spesa per i posti semiresidenziali è stata di € 355.918.

Assistenza residenziale. I posti residenziali accreditati presenti al 01/01/2020 nel territorio aziendale sono n. 507, così suddivisi:

- n. 476,35 posti medi residenziali definitivi;
- n. 5,95 posti medi per ricoveri temporanei post dimissione, su una programmazione di posti che già a far data dal 01/6/2018 ha dimensionato in n.6 posti tale disponibilità;
- n. 1,49 posti medi per ricoveri di sollievo (posti utilizzati preferibilmente nel periodo estivo e in occasione di festività);
- n. 4,32 medi posti temporanei per anziani con demenza;
- n. 8,33 posti medi per inserimenti individuali per gravissimi disabili ai sensi della DGR 2068/04.

Complessivamente le strutture hanno rendicontato e fatturato 180.950 giornate (sono comprese anche le 2.789 giornate di assenza pagate in forma ridotta), con un costo totale di € 7.482.592, finanziato con il FRNA. Si è registrata un'occupazione media dei posti residenziali del 98%.

Il progetto di riconversione di una CRA per anziani in struttura per cittadini adulti vicini all'età anziana, con disabilità cognitivo comportamentale, clinicamente stabilizzati, che presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto educativo, sociale e della riabilitazione di mantenimento, senza necessità di assistenza sanitaria continuativa a livello residenziale, ha subito una temporanea sospensione per permettere il superamento sul piano formale, ma organizzativo, degli adempimenti connessi al rinnovo dell'Accreditamento: il numero delle persone disabili inserite è infatti giunto a 8 persone, utilizzando i posti privati della struttura e quindi non interferendo ancora sul numero di posti accreditati destinati a persone anziane. Il progetto di "convivenza" fra persone anziane e persone disabili adulte, vicine all'età anziane, è stato molto apprezzato e ritenuto buona prassi per altri contesti di CRA che ospitano persone disabili.

Accoglienza temporanea post dimissione. Le giornate di temporaneità post dimissione nella Casa Residenza Anziani Fiorella Baroncini di Imola nel 2019 sono state n. 2.170, con una spesa pari a € 270.188 a carico del FRNA. Le giornate di temporaneità per anziani con demenza nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli di Imola nel 2019 sono state n. 1.578, con una spesa pari a € 97.848 a carico del FRNA.

Accoglienza temporanea di sollievo. E' stata garantita nel 2019 nella Casa Residenza Venturini di Imola con n. 1,49 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 545 giorni di accoglienza di sollievo con una spesa complessiva a carico del FRNA di € 38.712. All'interno dei posti accreditati si è riproposto il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

AREA DISABILI

Assistenza a favore di disabili gravissimi. In applicazione alla DGR 2068/04 gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani accreditate (CRA) del territorio sono stati n. 13; un ulteriore utente è stato "ospitato" presso il Centro Residenziale Luce sul Mare. Il totale delle giornate è stato di n. 3.592. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità dei gravissimi disabili, a carico dell'apposito finanziamento a valere sul FRNA, è stata di € 201.568, mentre a carico del FSR la spesa è stata di € 246.345. Nel 2019 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a favore di n. 20 disabili gravissimi per un importo di € 143.247.00 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

Sviluppo rete per disabili adulti secondo le priorità indicate nella DGR 1230/08. E' proseguita l'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di ambito distrettuale per l'area disabili, che ha valutato i nuovi inserimenti utilizzando la scheda di rilevazione dei bisogni proposta dalla Regione. Nel territorio dell'Azienda è presente un CSSR accreditato, Don Leo Commissari, con n. 15 posti e n. 2 posti per sollievo, ulteriori n. 10 utenti sono presenti presso CSSR accreditati fuori territorio, per un totale nel 2019 di n. 8.998 giornate (spesa totale a carico FRNA pari a € 1.092.403). Gli utenti con disabilità di livello medio sono stati inseriti in comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette, sulla base delle valutazioni effettuate dalla commissione UVM. Gli utenti con disabilità di livello medio, in carico nel 2019, sono stati n. 73, per un totale di n. 23.753 giornate e con una spesa totale di € 1.314.531, a carico del FRNA.

Interventi di sollievo a favore di disabili. Sono stati inoltre effettuati n. 3 interventi di sollievo, per un totale di 160 giornate con una spesa totale, a carico FRNA, di € 14.088.

Centri socio-riabilitativi diurni e Centri socio-occupazionali. Nel territorio dell'Azienda ci sono n. 2 centri socio-riabilitativi diurni accreditati dove sono inseriti complessivamente n. 31 utenti, ulteriori 10 utenti sono stati inseriti in centri socio-riabilitativi diurni (9 nel privato e 1 in un centro accreditato fuori territorio). Le giornate di frequenza complessivamente ammontano a n. 8.792 con una spesa totale di € 734.131. Gli utenti che hanno frequentato i centri socio-occupazionali sono stati n. 76 per un totale di n. 19.877 giornate (spesa totale € 339.934,05). Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie mediante l'accoglienza nei Centri socio riabilitativi diurni, si è assunto l'onere sociale, a carico del Fondo Nazionale vincolato alle gravissime disabilità, per una spesa di € 81.611.

Assistenza domiciliare per disabili ed assegni di cura. Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativo e socio-assistenziale prestate nel 2019 ammontano complessivamente a n. 23.312 (per una spesa totale di €. 339.983 a carico del FRNA). Nell'ambito di tale monte ore è stata fornita un'assistenza tutelare gratuita al care giver nel post dimissione a favore, mediamente nell'anno, di sei persone con disabilità per un totale di 247 ore e un costo pari ad € 3.329. Per favorire interventi di sollievo e sviluppare spazi di autonomia ai familiari è stata inoltre fornita assistenza socio-educativa e socio assistenziale a favore di gravissimi disabili sostenendo la quota relativa agli oneri sociali attraverso il finanziamento garantito dal FNA vincolato alle gravissime disabilità (spesa sostenuta ammonta ad € 29.590 per l'assistenza socio educativa e ad € 51.024 per l'assistenza socio assistenziale). Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie mediante la fornitura pasti, si è assunto anche l'onere sociale utilizzando il FNA vincolato alle gravissime disabilità, per una spesa complessiva di €. 6.876. Sono stati, inoltre, erogati assegni di cura ad assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA (n. 46 utenti) per un importo pari ad € 134.472 ed un importo di € 48.180, a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità. La spesa per il contributo aggiuntivo per assistenti famigliari con regolare contratto è stata imputata per € 1.967 a carico del FNA e per € 4.991 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

PROGRAMMI TRASVERSALI

Progettualità rivolte alla popolazione anziana fragile. A favore degli anziani sono stati realizzati, a carico del FRNA, come previsto nell'allegato 4 della DGR 1206/2007, i seguenti progetti a supporto della domiciliarità:

- Progetto spazio di incontro e confronto denominato "Caffè Alzheimer". Coordinato dall'Associazione Alzheimer, è stato portato avanti a Imola e a Castel San Pietro Terme e si è realizzato attraverso incontri che complessivamente hanno visto la partecipazione di n. 132 utenti ed attraverso un progetto di stimolazione cognitiva e supporto psicologico ai famigliari di persone affette da demenza (n. 45 utenti coinvolti). Il contributo erogato per tale progetto ammonta complessivamente ad € 1.102 in analogia agli anni precedenti.
- Progetto "Centro A'Marcord". Prosegue nel 2019 e ha riguardato una media di 20 - 25 anziani presenti giornalmente con una spesa complessiva, a valere sul FRNA, di € 120.806.

Progettualità rivolte alla popolazione disabile. Di seguito le progettualità svolte nel 2019, a favore della popolazione disabile:

- Progetti individuali di assistenza personalizzata rivolti a utenti disabili. La spesa, per la realizzazione dei progetti, a carico del FRNA, è stata di € 12.590.
- Trasporti. Per dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie mediante il trasporto ai centri si è assunto l'onere sociale pari a € 61.015, utilizzando il FNA vincolato alle gravissime disabilità.
- "Budget di salute". Sono proseguiti, nel 2019, gli interventi di livello domiciliare su pazienti disabili in carico al DSM nell'ambito del progetto "Budget di Salute" e sono stati estesi anche ad utenti dell'UO Dipendenze Patologiche; tali interventi sono stati finanziati con il FSR. Gli interventi, che si collocano invece in un ambito prettamente socio-assistenziale, sono stati posti a carico del FRNA: in particolare, sono stati erogati n. 1.505 pasti per una spesa totale di € 9.675 e n. 625 ore di servizi di pulizia, per un totale di € 12.721.
- Interventi per la mobilità privata delle persone con grave disabilità. L'importo complessivo speso per tale intervento ammonta ad € 5.647 a carico FRNA.

Percorso integrato adattamento domestico. Il Circondario Imolese ha partecipato all'attività del CAAD; tale partecipazione ha favorito l'integrazione con il Centro Ausili di Imola. La spesa relativa a tale partecipazione è finanziata dal FRNA e nel 2019 è stata pari a € 22.956.

Applicazione del Programma Regionale Dopo di Noi Legge 112/2016. Nel 2019 si è avviato il programma "Dopo di Noi" e la spesa sostenuta è stata pari ad €. 122.024 a fronte dei seguenti interventi: Azione di tipo A (Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine) per un monte ore totale di n 2.386. Azione di tipo B (Interventi socio educativi di gruppo) per un monte ore totale di n. 314. Azione di tipo C (Programmi di accrescimento della consapevolezza, l'abitazione e lo sviluppo delle competenze per favore l'autonomia) per un totale di 53 weekend e di n. 31 ore per coordinamento.

Programma "Vita Indipendente". Nell'anno 2019 si è consolidata l'attuazione del Progetto in materia di vita indipendente coordinato dall'Ufficio di Supporto e di Piano del Nuovo Circondario Imolese con l'apporto tecnico della Cabina di Regia del progetto (composta da componenti dell'Azienda e del Servizio Sociale Territoriale dell'ASP Circondario Imolese). Lo stesso progetto ha integrato le indicazioni regionali più recenti in materia di Dopo di Noi, avviando l'utilizzo anche del relativo finanziamento dedicato. La spesa totale è stata di € 61.620 di cui € 39.426 a carico dell'FRNA.

2. Dimensione di performance dei processi interni

2.1 Area della produzione

L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero a gestione diretta (Presidio ospedaliero Imola - Castel San Pietro Terme) oltre ad un Distretto che vede una capillare distribuzione dei servizi sull'intero territorio secondo un principio di prossimità. Nel territorio dell'AUSL di Imola non sono presenti case di cura private convenzionate. Insiste sul territorio aziendale l'Istituto di Riabilitazione di Montecatone (MRI), Istituto qualificato presidio dell'Azienda, Ospedale monospecialistico gestito nella forma di S.p.A, i cui soci sono l'AUSL di Imola ed il Comune di Imola, con capitale interamente pubblico. I Servizi ospedalieri e territoriali, come già accennato, sono integrati tra loro al fine di permettere una reale presa in carico del paziente, secondo il modello assistenziale per intensità di cura.

In tale ottica si collocano le due Case della Salute di Castel San Pietro Terme (con annesso Ospedale di Comunità) e Medicina. Si richiama, a questo proposito, la riorganizzazione (2014 – 2015) relativa alla dotazione dei Posti Letto ospedalieri per acuti, a seguito della trasformazione di posti ordinari di lungodegenza in posti letto territoriali (Ospedale di Comunità afferente al DCP) istituiti all'interno della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme e la riorganizzazione nel 2016 delle degenze internistiche che ha modificato l'assetto organizzativo del Dipartimento medico oncologico.

Nel corso del 2019, l'area Internistica ha sviluppato la progressiva attuazione del "Cantiere per il miglioramento della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", mediante la definizione di percorsi/protocolli di interfaccia tra Ospedale e Territorio, il potenziamento dell'attività a supporto delle CRA del territorio in collaborazione con l'area geriatrica e la riorganizzazione dell'area di Lungodegenza post Acuti, al fine di migliorare la continuità della presa in carico dei pazienti fragili lungo tutto il loro percorso di cure.

L'area chirurgica negli ultimi anni è stata caratterizzata dal progressivo sviluppo di collaborazioni nella logica delle reti cliniche integrate mediante specifiche modalità organizzative e istituti giuridici.

Riordino assistenza ospedaliera

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Come anticipato nel Capitolo "Area dell'accesso", paragrafo "Governo della domanda e dell'appropriatezza in ambito ospedaliero", in riferimento ai parametri dettati dalla DGR 2040/2015 che prevedono una riduzione di 225 Posti Letto nell'Area Metropolitana di Bologna (rispetto alla dotazione al 1 settembre 2015), l'AUSL di Imola ha avviato azioni in ordine a tale obiettivo che hanno previsto, da una parte la conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day hospital, Day Surgery e in ricoveri programmati 0-1 giorno, e dall'altra l'introduzione di modelli organizzativi innovativi volti allo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all'intensità di cura, alla riorganizzazione dell'area post-acuzie con la conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale attraverso il potenziamento della rete delle cure intermedie.

Il Presidio Ospedaliero di Imola presenta una dotazione di posti letto al 31.12.2019 complessiva pari a PL 344. Nel 2018 si era registrato un incremento di 21 PL a seguito del ripristino dei posti letto ex Chirurgia interaziendale a favore della riorganizzazione della piattaforma chirurgica avvenuta a gennaio 2019.

Come mostra la Tabella sulla dotazione PL per regime di ricovero, dichiarati in Anagrafe Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie al 31/12 (Fonte ReportERHome - Scheda Posti Letto al 31/12) nel 2019 si conferma la medesima dotazione posti letto del 2018.

| Posti Letto | 31/12/2017 | 31/12/2018 | 31/12/2019 |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| PL ordinari | 308 | 327 | 327 |
| PL Day Hospital | 6 | 6 | 6 |
| PL Day Surgery | 10 | 11 | 11 |
| Totale | 324 | 344 | 344 |

Sono, inoltre, attivi presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di CSPT 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari 8 PL di DH.

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base della programmazione definita dalla CSST a livello metropolitano già a partire dal 2017, si sono avviati diversi progetti, al fine di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali, funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità delle cure. Tali progetti sono stati avviati e realizzati a seguito dei lavori del Nucleo Tecnico di Progetto (rif. Documento elaborato dal NTP "Forme di integrazione nell'Area Metropolitana Bologna: rapporto conclusivo", 25 giugno 2018), nonché in seguito alle proposte elaborate dai Tavoli per l'integrazione delle cure in Area Metropolitana, avviati in aprile 2019, riepilogati come segue:

- progetti di integrazione secondo modelli di gestione interaziendale delle attività (UOCi Chirurgia generale, UOCi Chirurgia senologica, Laboratorio Unico Metropolitano - LUM, Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica – DIAP, Banca delle Cornee), in collaborazione con le Aziende sanitarie dell'Area Metropolitana e l'Università di Bologna.
- collaborazioni realizzate sotto forma di reti cliniche integrate (convenzioni su specifici ambiti disciplinari: Ortopedia pediatrica e chirurgia della spalla, Neurochirurgia e neuroradiologia, Chirurgia vascolare, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Neurologia pediatrica, Fisica sanitaria, Infettivologia) e nell'ambito delle reti Hub & Spoke (Rete stroke; adesione al Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia).

Ulteriori sviluppi nell'ambito delle Reti Cliniche saranno realizzati secondo i programmi attuativi derivanti dalla programmazione in sede di Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana di Bologna a seguito dei lavori del citato Nucleo Tecnico di Progetto.

Per una sintesi complessiva delle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, sotto forma di **reti cliniche integrate e rapporti Hub & Spoke**, si rinvia al Capitolo "Executive Summary", paragrafo "Reti cliniche integrate".

Rete dei Centri Senologia. Come è possibile osservare nella tabella sotto riportata l'andamento degli indicatori proposti dalla DGR 977/2019 mostrano, per l'AUSL di Imola, un netto miglioramento rispetto all'anno precedente ed un pieno raggiungimento del target richiesto. Gli indicatori di monitoraggio previsti dal documento aziendale prevedono l'analisi di aspetti legati all'efficienza organizzativa, all'appropriatezza clinica ed all'esito e sono di seguito elencati con il relativo standard di riferimento.

| Indicatore | Standard | 2019 | 2018 |
|---|----------|-------|-------|
| InSiDER (IND398) " <u>Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella</u> " | ≤7,5% | 2,56% | 6,52% |
| % di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico | ≥ 80% | 100% | NV |
| % di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico | ≥ 90% | 100% | NV |
| % pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico | ≥ 90% | 100% | 89% |

L'analisi del set di indicatori individuati permette di affermare che la qualità del percorso in termini di appropriatezza ed efficienza è in linea con quanto declinato in termini di standard a livello regionale.

Rete per la Terapia del dolore. L'indicatore su piattaforma InSiDER:

- (IND725) "% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero" (Target: > 95%). Il dato complessivo 2018 risultava pari all'86,4%, con un peggioramento rispetto al 2017 (88,1%). Correggendo ex-post il dato SDO 2018 con i dati registrati in cartella informatizzata, il dolore risulta rilevato nel 96,8% dei ricoveri. Nel 2019 si registra su piattaforma InSiDER una performance tra le migliori della Regione, pari a 96,98% vs un dato complessivo regionale di 87,32%.

Le verifiche sulla corretta registrazione del dolore nella Cartella Clinica vengono effettuate dall'Ufficio Controlli Sanitari, che pubblica periodicamente i risultati per le singole Unità operative sul sito intranet aziendale (area "Controlli sanitari"), mettendoli a disposizione del Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD). Il COTSD effettua controlli a campione su tutti i reparti ospedalieri per verificare la conformità della rilevazione del dolore (presenza di almeno una rilevazione al giorno).

Tale dato è stato calcolato, come media aziendale, dal 2017, a conferma della corrispondenza con l'indicatore di InSiDER: nel 2017 il dato complessivo sull'aderenza agli indirizzi aziendali di *best practice* (rilevazione del dolore ad ogni turno infermieristico, quindi 3 volte nelle 24 ore, e dopo somministrazione di terapia analgesica) è stato pari all'84%, nel 2018 è sceso all'82% (trend in leggera diminuzione che ha comportato un rinforzo al tavolo del COTSD allargato), mentre nel 2019 il dato è risalito all'89,6%, performance ritenuta molto soddisfacente dal gruppo di Coordinamento.

Rete delle Cure palliative pediatriche. In data 28.12.2018 si è costituito il gruppo di Coordinamento della Rete delle Cure palliative Pediatriche (CPP) dell'AUSL di Imola. Si è provveduto ad inviare il report richiesto dalla Regione sui pazienti che rientrano nella tipologia delle Cure Palliative Pediatriche.

In base alla DGR 857/2019 "Provvedimenti in ordine alla definizione della Rete delle Cure Palliative Pediatriche dell'Emilia Romagna, in attuazione della L. 38/2010", si è costituita la Rete metropolitana delle Cure Palliative Pediatriche della Provincia di Bologna con coordinamento regionale, che comprende Ospedale S. Orsola, Ospedale Maggiore, Istituto ortopedico Rizzoli, AUSL di Imola. Si sono tenuti diversi incontri ai quali hanno partecipato 2 professionisti della Pediatria della AUSL di Imola e sta per essere completato il "Documento Organizzativo della Rete di Cure Palliative Pediatriche" dell'area metropolitana della provincia di Bologna. Un medico della Pediatria sta frequentando il primo anno del Master in "Complessità e Integrazione in Rete in Cure Palliative Pediatriche".

E' stata nominata dalla Direzione Infermieristica la responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) di Imola, che si interfacerà con la responsabile del PUAP provinciale per le CPP; il prossimo anno dovrebbe frequentare il Master di CPP infermieristico.

Reti per le patologie tempo-dipendenti. In relazione alle reti tempo-dipendenti alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, alle Aziende è richiesto di garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali, riportati in tabella.

| DGR 799/2019 | Indicatore InSiDER | 2019 | 2018 |
|---|--|---------------|--------|
| <u>Volumi IMA per struttura.</u> Target: >= 100 casi/anno | (IND381) Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia | 100% | 100% |
| <u>Volumi PTCA.</u> Target: > =250/anno | non applicabile: AUSL di Imola non ha sala di emodinamica, le PTCA vengono effettuate in fast-track (PTCA primarie) oppure in modalità "service" c/o Villa Maria Cecilia Hospital | - | - |
| <u>Volumi PTCA primarie.</u> Target: >= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%) | non applicabile: AUSL di Imola non ha sala di emodinamica, le PTCA vengono effettuate in fast-track (PTCA primarie) oppure in modalità "service" c/o Villa Maria Cecilia Hospital | - | - |
| <u>% casi di stroke con centralizzazione primaria.</u> Target: > 80% | (IND717) % casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria | 100% | 100% |
| <u>% transiti in stroke unit.</u> Target: > 75% | (IND718) % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit. Per Imola è identificato come "stroke unit" il reparto codice 02601. | 49,73% | 50,27% |
| <u>% trombolisi e.v.</u> Target: > 15% | (IND664) % trombolisi in pazienti con ictus | 3,83% | 5,35% |
| <u>% riabilitazione post-stroke codice 56.</u> Target: > 9% | (IND0716) % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056. L'indicatore considera il n.ro pazienti con un almeno un accesso in riabilitazione 056. | 0,0% | 0,0% |

Emergenza ospedaliera. Il Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza. L'applicazione delle direttive regionali deve portare al miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1 h per i casi di maggiore complessità.

- (IND775) "% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi". (Risultato atteso >= 95%). L'indicatore monitorato su InSiDER mostra nel 2019 un valore pari a 83,01%, in lieve aumento rispetto al 2018 (82,58%) ed in linea con il valore RER 2019 di 84,23%.

A luglio 2019 è stata pubblicata la DGR 1129/2019 nella quale sono state emanate le nuove Linee di Indirizzo per le Aziende Sanitarie sul tema del "Piano per il miglioramento dell'accesso in emergenza-urgenza". In ottemperanza ai contenuti della Delibera, l'Azienda ha dapprima identificato il Responsabile dell'Accesso in Emergenza (Prot. 25980/2019), che ha predisposto negli ultimi mesi del 2019 un aggiornamento del "Piano per il Sovraffollamento Pronto Soccorso – Dicembre 2019 – Marzo 2020". Tale piano è stato presentato al Collegio di Direzione aziendale nella seduta di dicembre 2019.

Nel piano in oggetto sono state aggiornate le azioni implementate a livello aziendale sia in ambito input, che throughput che output anche alla luce delle Linee di Indirizzo Regionali.

Relativamente all'implementazione dei piani operativi per la gestione del sovraffollamento nei PS, secondo le direttive della DGR 1827/2017 e con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, si evidenzia che tale rilevazione è stata implementata a regime durante il 2019, ma poiché l'applicativo informatico del Pronto Soccorso (FAWEB) non permette una storicizzazione di tale dato, è stato concordato con il Servizio Tecnologie Informatiche di Rete dell'azienda un monitoraggio mensile di tale indicatore da inviare all'attenzione del Direttore del PS ed al Coordinatore Infermieristico.

Le azioni previste per le fasi Input e output sono state aggiornate all'interno del Piano Aziendale sopra citato. Inoltre, in riferimento al Percorso Nascita, nel 2019 è stato fatto un audit per STAM e STEN e si è lavorato alla stesura di 2 nuovi documenti per la Gestione del Servizio di trasporto emergenze neonatali a redazione interaziendale AOSP di Bologna e AUSL di Imola, pubblicati il 28/2/2020 (doc. Nr. 5256, versione2; e do. Nr. 5564, versione 2).

Attività trasfusionale. La rete del Sistema sangue della RER è organizzata secondo il modello "Hub and Spoke" all'interno del SIMT AMBO (Servizio di immunoematologia e Medicina Trasfusionale Area Metropolitana di Bologna) che fa riferimento al Centro Regionale Sangue (C.R.S.), struttura di Coordinamento tecnico organizzativa della Regione che garantisce attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in stretta sinergia con il Centro Nazionale Sangue (C.N.S.). Il C.R.S. si avvale del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) dell'AUSL di Bologna per la gestione delle attività di competenza. In particolare, concorre al raggiungimento dell'obiettivo strategico del SSN, a valenza sovra-aziendale e sovra-regionale, dell'autosufficienza quantitativa e qualitativa. Attraverso accordi convenzionali annuali, il C.R.S. garantisce il sangue ad alcune Regioni carenti, quali Sicilia, Calabria e Campania. Pertanto, attraverso il SIMT dell'AUSL di Bologna, raccoglie le disponibilità e le capacità produttive eccedenti il fabbisogno locale presente sul territorio regionale e, prioritariamente, le colloca in Regione (Strutture e Ospedali carenti) e successivamente fuori Regione (Regioni carenti).

Nel contesto regionale l'area di maggior sofferenza in termini di carenza di sangue ed emocomponenti è rappresentata dall'Area Metropolitana Bolognese, facente parte dell'Area Vasta Centro, per la presenza di due Strutture sanitarie con determinate peculiarità con un fabbisogno elevato di emocomponenti: l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Le suddette Strutture si caratterizzano per

interventi e prestazioni di alta specializzazione, con un elevato impiego di sangue ed emocomponenti, per pazienti/utenti residenti nell'area metropolitana e provenienti da diverse realtà nazionali ed internazionali. Inoltre l'Ospedale Maggiore di Bologna è sede di Trauma Center e conseguentemente necessita di scorte di emocomponenti sufficienti al trattamento dei numerosi Politraumi che vi accedono.

La Struttura Trasfusionale dell'AUSL di Imola è parte integrante del SIMT AMBO e opera in sinergia con tutte le altre strutture (SIMT ASL BO, SIMT AOSP, SIMT IOR), esegue attività di Raccolta Sangue e Plasma, attività Ambulatoriale di Medicina Trasfusionale per il territorio Imolese, attività di Assegnazione Sangue e Laboratorio di Immunoematologia Eritrocitaria. In particolare, il SIMT Imola ha una spiccata vocazione per l'attività di raccolta sangue; infatti, attraverso la propria struttura di raccolta presenta alcune rilevanti peculiarità per il Sistema Sangue provinciale, di area vasta e regionale. In particolare:

- i donatori del territorio imolese sono oltre il 5% della popolazione residente significativamente sopra la media regionale e nazionale;
- l'indice di donazione annuo per donatore nel territorio imolese è superiore a 2 donazioni/anno;
- le donazioni rapportate alla popolazione per mille abitanti sono, nel territorio imolese, superiori a 100 unità/anno, dato decisamente sopra la media regionale e nazionale;
- l'indice di consumo e di globuli rossi (UT trasfuse) nel territorio imolese, in rapporto alle prestazioni sanitarie e indicatori di appropriatezza, è dal 2016 molto inferiore allo standard di 40 unità/anno per mille abitanti del territorio (nel 2019 il dato è di 34,5 unità di emazie/1000 ab).

Il consumo di emocomponenti come il plasma e le piastrine è piuttosto marginale e risulta sotto agli standard regionali e nazionali.

Rispetto agli specifici obiettivi assegnati per l'anno 2019 si evidenziano di seguito le specifiche attività.

- E' stato garantito il contributo all'autosufficienza regionale, come sopra descritto;
- Sono stati costantemente predisposti report mensili sull'attività della Struttura Trasfusionale aziendale che vengono inoltrati al Controllo di Gestione e a tutte le figure aziendali di riferimento e sull'appropriatezza trasfusionale e di rilevazione non conformità a tutte le strutture aziendali competenti tra il 15 e il 20 del mese successivo a quello trascorso.
- E' stata incentivata la raccolta di Plasma da Aferesi fattivamente incrementata dal febbraio 2018 di oltre il 30% anche in seguito all'acquisizione di un secondo separatore cellulare.
- E' stato implementato a partire dal mese di febbraio del 2018 e consolidato nel corso del 2019 un programma aziendale inerente il PBM (Patient Blood Management) e la documentazione relativa, approvata dalla Direzione Sanitaria e dal Comitato Sangue Ospedaliero, risulta registrata nel programma DocWeb dell'azienda.
- E' stata stipulata, con decorrenza 1/1/2019, una convenzione annuale con l'AVIS di Imola, eventualmente rinnovabile per una ulteriore annualità, al fine di allineare la durata della convenzione locale con la durata triennale dell'Accordo quadro tra Regione e Associazione dei Donatori.

Attività donazione organi, tessuti e cellule. L'Azienda (Deliberazione 193/2016) ha istituito l'Ufficio di Coordinamento Aziendale *Procurement*, identificando le figure professionali coinvolte, le loro funzioni e responsabilità. Di seguito gli indicatori e i target disposti dalla DGR 977/2019:

- Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella DGR 665/2017.
- Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
- Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
- Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come da indicazioni del CRT-ER.
- Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.

Durante il 2019 l'Unità operativa di Anestesia e Rianimazione ha eseguito un solo Accertamento di Morte Encefalica con successiva donazione di organi. Nonostante il periodo di transizione che si è creato con la riorganizzazione di una unica Banca Cornee dell'Emilia Romagna, l'obiettivo cornee a Imola è stato raggiunto. In totale nel 2019 i donatori provenienti dall'AUSL di Imola di cornea sono stati 23, bancati nella banca di Imola e 3 bancati nella banca cornee unificata della Regione Emilia Romagna, per un totale di 26 donatori e 52 cornee. In merito agli indicatori specifici si possono considerare raggiunti, nello specifico:

- La percentuale di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate è del 100% (obiettivo regionale $\geq 95\%$).
- La percentuale di cornee distribuite nel 2019 provenienti da donatori sotto gli 80 anni rispetto al numero dei tessuti bancati da tali donatori è del 69,2% - 35+1 tessuti distribuiti /52 totali - (obiettivo regionale $> 50\%$).

Nel 2019 sono state prelevate, inoltre, 27 membrane amniotiche prelevate nell'AUSL di Imola e bancate nella banca di Imola e 4 (3 prelevate nell'AUSL di Imola e 1 nell'AUSL di Bologna) bancate nella banca unificata della regione Emilia Romagna, per un totale di 31 membrane amniotiche, il cui utilizzo è confluito in 312 somministrazioni topiche di membrana amniotica omogeneizzata e 10 frammenti amniotici per impianto chirurgico. Nel 2019 si rileva un calo della distribuzione della membrana amniotica omogeneizzata che si è verificato a seguito di problematiche nel *procurement*, risolte anche grazie all'incremento del reclutamento di donatrici presso l'Ostetricia dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

In incremento, rispetto agli anni precedenti le donazioni di sangue cordonale. Da segnalare infatti 35 donazioni rispetto alle 27 del 2018 e alle 16 del 2017.

Importante l'impegno nell'aggiornamento interno di Medici e Comparto con vari eventi formativi: due date in cui si è trattato l'argomento "Sicurezza nella donazione di Organi e Tessuti", 1 Corso ALMA base e 1 Corso ALMA Advanced a cui hanno partecipato professionisti provenienti dall'AUSL di Imola e anche da fuori AUSL.

La vera novità riguarda invece la Istituzione di un Ufficio di *Procurement* Aziendale con una figura infermieristica dedicata con diversi compiti tra cui l'identificazione e il monitoraggio dei Pazienti con lesioni cerebrali extra T.I. e la revisione delle procedure ed istruzioni operative riguardanti la donazione. In questi anni ciò che è stato fatto è grazie soprattutto alla collaborazione con la Filiale di Imola della Banca Cornee.

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO

Il Dipartimento Medico-Oncologico è costituito dalle seguenti strutture: UOC Oncologia, UOC Nefrologia e Dialisi, UOC Medicina A, SSD Geriatria Ospedaliera e Territoriale, SSD Lungodegenza Post Acuti a gestione infermieristica, UOC Gastroenterologia, SSD Neurologia, UOC Medicina B, UOC Pediatria, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Interaziendale Genetica.

A partire dal 2017 il Dipartimento ha riorganizzato l'area di Lungodegenza post Acuti al fine di migliorare la continuità della presa in carico dei pazienti fragili lungo tutto il loro percorso di cure. La continuità di presa in carico nel percorso intra-ospedaliero è garantita dai medici dello stesso settore di degenza ove si è svolta la fase acuta del ricovero, mentre l'organizzazione è a gestione infermieristica. Sotto il profilo della organizzazione per "intensità e gradualità delle cure", l'area Post Acuti a gestione infermieristica si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività delle presa in carico a domicilio e nelle strutture residenziali. Tale riorganizzazione è proseguita a carattere sperimentale anche nel 2018 con un obiettivo di monitoraggio e consolidamento, in applicazione a quanto disposto dal documento aziendale di sintesi dei risultati e delle proposte di ulteriore sviluppo del "Cantiere per il miglioramento della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", nel quale si definisce la "Procedura di presa in carico, ricovero e dimissione in Lungodegenza Post Acuti a gestione infermieristica" (prot. n. 12548/2018). Gli interventi organizzativi messi in campo nel 2019 hanno avuto l'obiettivo di consolidare l'attuazione delle proposte di sviluppo del "Cantiere per il miglioramento della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", tramite la definizione di specifici percorsi/protocolli di interfaccia tra Ospedale e Territorio per la presa in carico dei pazienti cronici e il potenziamento dell'attività a supporto delle CRA del territorio, in collaborazione con l'area geriatrica. A supporto dell'assessment clinico assistenziale della complessità dei pazienti, il Dipartimento utilizza, a regime per tutte le degenze, lo strumento di rilevazione della complessità assistenziale il cui indice è calcolato dalla Cartella Integrata informatizzata infermieristica.

In attuazione della DGR 463/2016 sulle "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia Romagna", il Dipartimento continua a garantire l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale/Day service.

Con riferimento alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, il Dipartimento costituisce un ambito di rilevante coinvolgimento nella gestione di tale risorsa. Vi afferiscono infatti numerosi obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittivi. Si evidenzia in particolare l'impegno nel governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (Epatite C, Oncologici, Immunosoppressori, etc.), attraverso gli strumenti del governo clinico e il costante monitoraggio in collaborazione con la Direzione Farmaceutica e la Direzione Medica.

Sotto il profilo del governo clinico, in continuità con l'anno precedente è stata garantita la gestione, per quanto di competenza, dell'alimentazione della piattaforma AIFA per i rimborsi di condivisione del rischio (*payment by results, cost sharing, ecc.*). Si richiama, inoltre, l'impegno del Dipartimento alla partecipazione dei lavori dei gruppi aziendali per la formalizzazione dei PDTA nei quali è coinvolto.

Nell'ambito dei rapporti Hub & Spoke, il Dipartimento Medico-Oncologico ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Emergenze Neonatali - STEN" in

collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna che ha visto nel 2018 l'attuazione a regime e il monitoraggio dei relativi indicatori.

A regime si colloca altresì l'attuazione del Protocollo di Intesa attivato con l'UOC Pneumologia interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la gestione dei pazienti che necessitano di manovre broncoscopiche complesse, prevedendone il consolidamento e monitoraggio.

A partire dal 2017, il Dipartimento, tramite la Pediatria, collabora con l'Igiene e Sanità del Dipartimento di Sanità Pubblica alla riorganizzazione ed erogazione dell'attività vaccinale, con la presa in carico, da parte dei pediatri ospedalieri, di una parte dell'attività vaccinale e di tutta la medicina scolastica. Tale attività è stata consolidata nel 2018 e garantita durante il 2019.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Il Dipartimento Chirurgico è costituito dalle seguenti unità organizzative: UOC Chirurgia Generale, SS Interaziendale Chirurgia della Mammella, UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, UOC Ginecologia-Ostetricia, l'UOC Anatomia Patologica; SS Centrale di Sterilizzazione; comprende inoltre il Programma Blocco Operatorio.

Il Dipartimento Chirurgico si caratterizza per il progressivo sviluppo di collaborazioni nella logica delle reti interaziendali, come dettagliato al paragrafo precedente "Reti cliniche integrate".

Il Dipartimento, nell'ambito della rete Hub & Spoke, ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Materno Assistito – STAM" in collaborazione con l'AOU di Bologna, entrato a regime con il monitoraggio dei relativi indicatori nel 2018.

In Area Metropolitana è stato realizzato il Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP), in collaborazione tra Alma Mater Studiorum – UNIBO di Bologna, l'AOSP di Bologna, l'AUSL di Bologna e l'AUSL di Imola, nell'ambito del quale sono stati avviati specifici progetti di centralizzazione, in concomitanza con l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature, relative agli allestimenti di Citologia, concentrati presso l'AUSL di Imola e gli allestimenti di Istologia, concentrati presso l'AUSL di Bologna.

Il Dipartimento Chirurgico è pertanto sede di modelli gestionali che sono rivolti a favorire l'integrazione di attività e competenze specialistiche per rispondere alla crescente complessità dei processi clinico-assistenziali chirurgici e favorire lo sviluppo di percorsi che valorizzano la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse.

Il Dipartimento Chirurgico è stato inoltre impegnato nell'attuazione delle azioni correlate alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di cui da ultimo alla DGR 603 del 15.4.2019 e relativo Programma attuativo per il triennio 2019-2021. In particolare, il contributo del Dipartimento ha visto il progressivo sviluppo della valutazione multidisciplinare, sul modello del *breast multidisciplinary team*, della casistica oncologica e il rispetto dei tempi di attesa sugli interventi chirurgici prioritari definiti a livello regionale.

DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE

Il Dipartimento Emergenza-Acettazione è costituito dalle seguenti strutture: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia-Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, SSD Radiologia e SSD Trasfusionale.

Il Dipartimento ha consolidato negli ultimi anni la modulazione del setting assistenziale per intensità di cura, attraverso la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale infradipartimentale, rafforzando integrazione e complementarietà tra i diversi livelli di professionisti per favorire una organizzazione più centrata sul percorso clinico-assistenziale del paziente critico, con la formazione spesso comune tra medici e infermieri nella gestione del paziente critico. In tale contesto collabora allo sviluppo di percorsi condivisi con gli altri dipartimenti ospedalieri, in particolare per le urgenze con il Dipartimento Chirurgico e per le prese in carico in fase post – acuta con il Dipartimento Medico-Oncologico, per garantire la continuità assistenziale e la qualità delle prestazioni erogate.

A partire dal 2018 viene garantita l'attività strutturata e formalizzata da parte dell'Heart Team, composto da Medici specialisti della Cardiologia e di Villa Maria Cecilia, volta alla condivisione delle indicazioni, tempistiche e monitoraggio delle prestazioni di alta complessità (interventi cardiocirurgici, emodinamici protesici – TAVI ed elettrofisiologia).

Il Dipartimento ha realizzato l'analisi per la gestione dell'iperafflusso di assistiti in Pronto Soccorso contribuendo alla predisposizione del "Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", ai sensi della DGR 1827/2017, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello di criticità rilevata. Ai sensi della DGR 1129 del 8.7.2019 recante "Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria – Approvazione di Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie", il Dipartimento ha dato attuazione alle indicazioni regionali mediante una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, al fine di migliorare i tempi di attesa e permanenza; gli interventi hanno riguardato l'attivazione di un secondo ambulatorio di Triage, l'identificazione di spazi diversificati con aree distinte tra i "codici verdi" e i "codici gialli", nonché l'attivazione di Ambulatorio medico di PS dedicato alla gestione dei "codici gialli" ed un Ambulatorio medico di PS dedicato alla prevalente gestione dei "codici bianchi e verdi", oltre che l'Ambulatorio/Sala Emergenza dedicata ai "codici rossi".

Il Dipartimento Emergenza-Acettazione ha collaborato alla definizione e implementazione di reportistica sull'attività radiologica progettata per l'analisi ed il rilascio di indicatori di processo e di efficienza in uso a partire dal 2018 e ha proceduto alla definizione e attuazione di misure atte a migliorare i tempi di risposta della diagnostica per interni.

In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, si richiamano i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza, nonché all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Si richiama inoltre l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM) e l'attuazione di quanto previsto dal Piano Sangue 2017 – 2019, nell'ambito della realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue.

Nell'ambito del Governo Clinico e Gestione del Rischio è stato garantito l'impegno del Dipartimento alla partecipazione dei lavori dei gruppi aziendali per la formalizzazione dei PDTA nei quali è coinvolto, nonché la partecipazione all'attuazione del Piano per la Sicurezza delle Cure.

Si evidenzia altresì l'impegno del Dipartimento nel governo dell'appropriatezza nell'utilizzo del farmaco con particolare riferimento agli obiettivi relativi al tasso di consumo degli antibiotici sistemici, all'utilizzo dei farmaci per il dolore con migliore rapporto costo/opportunità, all'utilizzo dei NAO secondo le indicazioni regionali.

Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio

La rendicontazione in ordine al tema **Ospedale di Comunità** è stata presentata tra gli obiettivi della programmazione regionale dettagliata nel Capitolo 1.2 Area dell'Integrazione, paragrafo "Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale" del presente documento al quale si rimanda.

L'AUSL di Imola opera a livello territoriale mediante una articolazione di **42 strutture a gestione diretta** e **43 strutture convenzionate** accreditate per un totale di 85 strutture.

Nel territorio non sono presenti strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978. Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati, al 31/12/2019, relativi alle strutture a gestione diretta e convenzionate, in base alla tipologia e al tipo di assistenza erogata.

Strutture a gestione diretta

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale per immagini | Attività laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza tossicodipendenti | Assistenza ai malati terminali |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | | 1 | 1 | 13 | 8 | 1 | |
| AMBULATORIO E LABORATORIO | 16 | 3 | 5 | | | | |
| STRUTTURA RESIDENZIALE | | | | | 1 | | 1 |
| STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | | | | | 1 | 1 | |
| TOTALE | 16 | 4 | 6 | 13 | 10 | 2 | 1 |

Strutture convenzionate

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale per immagini | Assistenza psichiatrica | Assistenza tossicodipendenti | Assistenza idrotermale | Assistenza anziani | Assistenza disabili fisici * |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------|
| ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | 1 | | | | 1 | | |
| AMBULATORIO E LABORATORIO | 6 | 5 | | | | | |
| STRUTTURA RESIDENZIALE | | | 6 | 3 | | 10 | 6 |
| STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | | | 1 | | | 3 | 5 |
| TOTALE | 7 | 5 | 7 | 3 | 1 | 13 | 11 |

* di cui 1 struttura residenziale comprende anche disabili psichici

Assistenza psichiatrica e cure palliative

Complessivamente le **strutture residenziali** a gestione diretta risultano avere una dotazione pari a **101 PL**: 89 riservati all'erogazione di assistenza psichiatrica e 12 al Centro Residenziale Cure Palliative – Hospice di Castel San Pietro Terme.

Le **strutture semiresidenziali** a gestione diretta che erogano assistenza psichiatrica risultano dotate complessivamente 6 posti a cui si aggiungono, sempre in ambito di assistenza semiresidenziale, i 15 posti del Centro Diurno per tossicodipendenti.

A partire dal 2018 a fronte della contrazione di PL semiresidenziali a gestione diretta (da 15 posti del Centro Diurno Psichiatrico a 6 del Day Hospital Territoriale - Day Service Psichiatrico) si sono aggiunti 22 posti semiresidenziali in 2 Comunità diurne a gestione indiretta.

| STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA | TIPOLOGIA ASSISTENZA | POSTI 31/12/2019 |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| Residenza Sanitaria Psichiatrica Trattamento Intensivo | Assistenza Psichiatrica | 10 |
| Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT | Attività Hospice - Cure Palliative | 12 |
| STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE INDIRETTA | TIPOLOGIA ASSISTENZA | POSTI 31/12/2019 |
| Residenza Psichiatrica Casa Basaglia | Assistenza Psichiatrica | 15 |
| Residenza Psichiatrica La Pascola | Assistenza Psichiatrica | 15 |
| Residenza Psichiatrica Ca' del Vento | Assistenza Psichiatrica | 16 |
| Residenza Psichiatrica Albatros | Assistenza Psichiatrica | 14 |
| Comunità Alloggio Pampera | Assistenza Psichiatrica | 8 |
| Comunità Alloggio per la S.M. La Soffitta | Assistenza Psichiatrica | 11 |
| STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA | TIPOLOGIA ASSISTENZA | POSTI 31/12/2019 |
| Day Hospital Territoriale - Day Service Psych. | Assistenza Psichiatrica | 6 |
| Centro Diurno Arcobaleno - SERT | Assistenza per tossicodipendenti | 15 (*) |
| STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE INDIRETTA | TIPOLOGIA ASSISTENZA | POSTI 31/12/2019 |
| Comunità Diurna per la S.M. Franca Ongaro Basaglia | Assistenza Psichiatrica | 20 |
| Comunità Diurna per la S.M. La Soffitta | Assistenza Psichiatrica | 2 (*) |

* posti che non compaiono nei flussi ministeriali

Assistenza anziani

In Tabella si rappresentano le **strutture residenziali e semiresidenziali** con i Posti autorizzati al 31/12/2019, che erogano assistenza agli anziani (**PL 575 residenziali e posti 52 semiresidenziali**), con evidenza dei posti convenzionati accreditati (**PL 507 residenziali e posti 52 semiresidenziali**). Le strutture convenzionate sotto riportate risultano regolarmente accreditate dalla Regione.

| STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZA ANZIANI | POSTI AUTORIZZATI 31/12/2019 | DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI IMOLA |
|--|-------------------------------------|---|
| CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA ASP | 59 | 48 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI C.TOZZOLI IMOLA | 44 | 44 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI LA COCCINELLA CSPT | 82 | 76 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI TOSCHI DOZZA | 25 | 16 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI S. MARIA TOSSIGNANO | 43 | 43 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI IMOLA | 144 | 138 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI VILLA ARMONIA IMOLA | 38 | 27 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA CIDAS | 40 | 15 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI FIORELLA BARONCINI IMOLA | 70 | 70 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI ANTONIO ABATE FONTANELICE | 30 | 30 |
| TOTALE PL | 575 | 507 |

| STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI | POSTI AUTORIZZATI 31/12/2019 | DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT | 16 | 16 |
| CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA | 16 | 16 |
| CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA | 20 | 20 |
| TOTALE Posti | 52 | 52 |

Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Presso l'AUSL di Imola operano **92 medici di medicina generale** che assistono complessivamente una popolazione pari a 116.495 unità e **21 pediatri di libera scelta** che assistono complessivamente una popolazione pari a 16.098 unità.

Case della Salute e Medicina di iniziativa

L'ambito delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina costituisce una Area funzionale dell'assetto aziendale che accoglie funzioni e interventi dei tradizionali Dipartimenti territoriali: Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale-Dipendenze Patologiche.

Il modello organizzativo della Casa della Salute dell'AUSL di Imola è finalizzato a costituire luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, ove si concretizza:

- L'accoglienza, trovando risposta alla domanda di salute tramite l'accesso ai servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico.
- La disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a minore impatto tecnologico.
- L'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello.
- L'orientamento ai servizi nella logica della integrazione con i vari soggetti operanti nel territorio: Medici di Medicina generale (MMG), Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta (PLS), ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri.

Nel territorio dell'AUSL di Imola sono presenti 3 Case della Salute (Castel S. Pietro Terme, Medicina e Vallata del Santerno) che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 291/2010. In attuazione delle linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute emanate con DGR 2128/2016, le attività specifiche previste rafforzano l'orientamento allo stile di lavoro multidisciplinare secondo il paradigma della medicina di iniziativa per la presa in carico della cronicità e fragilità in un quadro di integrazione tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri da un lato e tra servizi sanitari e sociali dall'altro.

Nel 2019 l'AUSL di Imola ha deliberato (deliberazione 210/2019) il modello organizzativo delle Case della Salute dell'Azienda secondo le indicazioni regionali per le quali l'azienda nel 2020 deve formalizzare i nominativi facenti parte del board unico delle CdS e definire i referenti delle aree integrate di intervento ai sensi della DGR 2128/2016. Come dispone la deliberazione aziendale n. 210 del 27 settembre 2019 si è provveduto alla "Istituzione della Casa della Salute Vallata del Santerno e sviluppo del modello organizzativo delle Case della Salute dell'AUSL di Imola secondo le indicazioni regionali". La delibera approva l'istituzione della Casa della Salute della Vallata del Santerno, sede erogativa del NCP della Vallata del Santerno, dei servizi di accesso e delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, nomina con decorrenza 1.10.2019 il

Responsabile organizzativo unico delle Case della Salute dell'AUSL di Imola e costituisce un unico board per le Case della Salute dell'AUSL di Imola.

Al fine di diffondere la cultura del lavoro di equipe ed i modelli organizzativi multiprofessionali e interdisciplinari tra gli operatori delle Case della Salute è stato promosso nel 2018 e terminato nel 2019 uno specifico percorso formativo regionale (CasaLab) al quale hanno partecipato professionisti afferenti alle Cure Primarie, al Dipartimento Salute Mentale e ai Servizi Sociali. Inoltre, è stato completato il corso di formazione regionale con relativo addestramento del personale che ha acquisito le competenze per sperimentare nel 2019 il 1° gruppo di disassuefazione al fumo presso la Casa della salute di CSPT con la collaborazione dell'AUSL di Bologna e l'obiettivo di proseguire sistematicamente tale attività di promozione ai corretti stili di vita nel 2020. Nell'ambito della gestione integrata delle patologie croniche, secondo l'approccio della medicina di iniziativa, in coerenza con linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica, specialistica e con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica, è stato intrapreso un percorso di presa in carico integrata del paziente cronico con comorbidità, presso la sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola e le Case della Salute di CSPT e Medicina.

Nel 2019 si è voluto integrare il modello sperimentato negli anni precedenti con le indicazioni in tema di gestione della cronicità/fragilità che la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e messo in campo con l'utilizzo dello strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", per garantire la presa in carico della fragilità/multimorbidità nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare. Pertanto, è stato elaborato ed ulteriormente perfezionato il progetto con la medicina generale secondo le indicazioni ed è stato siglato l'accordo con deliberazione aziendale n. 24/2020 per gli anni 2020-2021.

Nell'ambito del progetto di formazione RER CasaLab attivato nel 2018, terminato nel 2019, è stata implementata la presa in carico multiprofessionale del paziente psichiatrico con comorbidità, in collaborazione con i MMG, DSM e ASP in un'ottica di integrazione multiprofessionale.

In riferimento al monitoraggio su InSiDER si evidenziano i seguenti indicatori (Griglia LEA) di cui, il primo compreso nel set indicatori del Piano Performance 2018-2020 e gli altri due in SIVER:

- **(IND686)** "Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni" (Obiettivo < 309). Si registra un tasso 2019 pari a 318,53 che conferma, come nel 2018, per l'AUSL di Imola la miglior performance regionale (media RER pari a 389,25).
- (IND687) "Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine) x 100.000 residenti >= 18 anni" (Obiettivo < 2018). Questo indicatore di osservazione registrava nel 2018 un tasso del 46,41 (media RER 43,03). Nel 2019 si osserva un tasso pari a 65,74 vs tasso medio regionale di 41,51.
- (IND688) "Tasso std di ospedalizzazione per BPCO x 100.000 residenti >= 18 anni". Nel 2019 l'indicatore di osservazione mostra un tasso pari a 60,48 (2018: 59,54) vs un tasso medio RER di 60,96).

PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017 - 2019

In ambito distrettuale si collocano gli interventi correlati e derivanti dall'applicazione della DGR 1423 del 2.10.2017 che approva le Schede Attuative di intervento e di indirizzo per l'elaborazione dei Piani di Zona Distrettuali per la Salute ed il Benessere sociale, definite secondo una logica di armonizzazione degli strumenti di programmazione regionale, tra cui, in particolare:

- Il Piano Regionale sociale e sanitario 2017-2019.
- Il Piano Regionale per la Prevenzione.
- Le linee annuali di programmazione e finanziamento del SSR.
- Il programma annuale di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza.

A partire dal 2018 l'Azienda, in integrazione con l'Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese, ha programmato e progettato l'attuazione di interventi discendenti dal citato Piano Sociale e Sanitario con ricaduta sul biennio 2018-2019. Sul totale delle Schede di intervento di competenza distrettuale, 24 sono state affidate alla responsabilità di un Professionista dell'Azienda: 11 schede che la Regione riconosce di matrice prevalentemente sanitaria e affidate al coordinamento di Professionisti Aziendali ed ulteriori 13 schede, riconosciute di matrice sociosanitaria e, in accordo con i Comuni, affidate anch'esse al coordinamento di Professionisti aziendali, a sottolineare il forte impegno di integrazione assunto dalla Azienda in accordo con i Comuni del Circondario. A livello aziendale gli indicatori relativi alle azioni delle singole Schede di intervento sono stati declinati definendo azioni, attori e referenti e sono stati posti quali obiettivi specifici a livello di valutazione individuale dei professionisti coinvolti.

CURE INTERMEDIE

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure.

L'Ospedale si configura come il setting assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure, mentre il territorio rappresenta il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

Come già relazionato nell'ambito ospedaliero, nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda ha attivato un tavolo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale ad oggetto "Cantiere per il miglioramento della continuità della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", che ha definito un piano di interventi mirati a migliorare la continuità assistenziale in tutte le fasi del percorso di cura.

Dimissioni Protette. Al fine di migliorare l'integrazione ed il coordinamento degli interventi socio-sanitari è stata attuata nell'ultimo biennio una nuova organizzazione delle attività del PUA (Punto Unico di Accoglienza) per la dimissione protetta del paziente complesso, con particolare riguardo a quelli caratterizzati da condizioni di non autosufficienza, volta ad assicurare i livelli di integrazione con l'area sociale, attraverso la stringente collaborazione con un assistente sociale dell'ASP, al fine di valutare congiuntamente e contestualmente i bisogni sociali e sanitari del paziente in integrazione tra le varie figure professionali. La misura riorganizzativa attuata ha consentito il miglioramento del volume di dimissioni protette trattate ed il

perseguimento degli obiettivi volti a: favorire la deospedalizzazione attraverso l'attivazione appropriata e tempestiva dei servizi sociali territoriali; assicurare al paziente e alla sua famiglia una corretta informazione e il supporto socio assistenziale al momento del rientro al domicilio; favorire l'integrazione tra le figure professionali del territorio ed interventi di promozione e comunicazione a supporto del *care giver*.

Servizi socio-sanitari per non autosufficienza. A livello aziendale la programmazione e gestione del FRNA avviene in modo integrato con le risorse della L. 112/2016 ("Dopo di noi"), come ampiamente descritto al paragrafo "Integrazione socio sanitaria". L'AUSL di Imola ha garantito il monitoraggio sull'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, al fine di fornire la Relazione annuale e rispondere alle relative disposizioni regionali. Ha garantito inoltre l'attuazione del Decreto interministeriale di finanziamento del FNA per persone con gravissima disabilità. Il coordinamento con l'Ufficio di Piano e con l'ASP ha permesso la progettazione e l'avvio dell'implementazione di un Sistema Informativo per la rilevazione dell'attività di presa in carico di pazienti disabili (UVM) ed in particolare per assicurare le corrette rendicontazioni dei finanziamenti dedicati (FNA, Dopo di Noi, Vita Indipendente). Nell'ambito dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio, l'Azienda si è posta l'obiettivo di aggiornare, in collaborazione con l'ASP del Circondario Imolese, la regolamentazione della dimissione ospedaliera di anziani non autosufficienti e l'invio verso l'utilizzo dei posti temporanei presso la Casa di Riposo per Anziani "Fiorella Baroncini" gestita dall'ASP, al fine di uniformare i comportamenti del personale di area sociale e sanitaria e garantire la corretta gestione del ricovero temporaneo di persone non autosufficienti provenienti dalla dimissione ospedaliera. A tal fine, nel corso del 2019, è stata predisposta una apposita Procedura che sarà adottata e implementata dal 2020.

Con riferimento all'utilizzo dei posti temporanei "di sollievo", l'AUSL di Imola è impegnata a sensibilizzare il Comitato di Distretto nel miglioramento dell'indicatore:

- (IND667) "% giornate di accoglienza temporanea di sollievo l'obiettivo regionale" (Obiettivo \geq 2%) rispetto al quale l'AUSL di Imola registra un valore basso 0,32% (media RER 1,18%).

Rete delle Cure Palliative. Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, si richiama il contributo all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative (DGR 560/2015), già descritto nel precedente paragrafo "Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale". Si ricorda che nel 2019 la rete è stata potenziata mediante risorse medico-palliativista e infermieristiche dedicate ed è stato implementato l'Ambulatorio delle Cure Palliative per migliorare la presa in carico in regime ambulatoriale dei pazienti. Allo scopo di fornire una lettura più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere agli adempimenti LEA, è stata presidiata la qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice, al fine di poter monitorare indicatori specifici regionali rispetto ai quali si rimanda al paragrafo sopracitato.

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Il Dipartimento Cure Primarie è costituito dalle seguenti strutture: UOC Cure Primarie, Ospedale di Comunità (OS.CO), SSD Consultorio Familiare, SSD Assistenza Area della Non Autosufficienza, UOC Coordinamento attività di prevenzione di competenza del Dipartimento Cure Primarie.

Il Dipartimento ha svolto un ruolo primario, in collaborazione con il Distretto e con la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, nello sviluppo della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e di Medicina e nell'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), ambiti che, come già descritto, hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni realizzate in collaborazione con i Dipartimenti territoriali (DSM e Sanità Pubblica). In tale contesto, è proseguito il contributo agli obiettivi delle Case della Salute in continuità con i percorsi avviati ed in coerenza con gli indirizzi regionali in materia (DGR 2128 del 5.12.2016) per il coordinamento e lo sviluppo delle Comunità di professionisti e della Medicina di iniziativa.

Nel raccordo tra Ospedale e Territorio si richiama il ruolo del Dipartimento con riferimento al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Nell'ultimo biennio, per migliorare l'integrazione ed il coordinamento degli interventi socio-sanitari, è stata attuata una nuova organizzazione delle attività del PUA (Punto Unico di Accoglienza) per la dimissione protetta del paziente complesso, con particolare riguardo a quelli in condizioni di non autosufficienza, volta ad assicurare i livelli di integrazione con l'area sociale, attraverso la stringente collaborazione con una assistente sociale dell'ASP, per valutare congiuntamente e contestualmente i bisogni sociali e sanitari del paziente in integrazione tra le varie figure professionali. Tale misura ha consentito il miglioramento del volume di dimissioni protette trattate ed il perseguimento degli obiettivi volti alla deospedalizzazione tramite l'attivazione appropriata e tempestiva dei servizi sociali territoriali, oltre ad assicurare la corretta informazione e il supporto socio assistenziale al momento del rientro al domicilio del paziente. Di particolare rilevanza il ruolo del Dipartimento nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale, ambito che costituisce uno dei principali obiettivi strategici aziendali, al fine di presidiare i fenomeni di iperprescrizione. I principali attori a livello aziendale sono rappresentati dalle Cure Primarie e dalla Direzione Farmaceutica e dalle interrelazioni con la Medicina Generale – Coordinatori di Nucleo. Altrettanto rilevante l'apporto del DCP nella definizione e monitoraggio delle azioni connesse al Governo dei tempi di attesa rispetto al quale si rimanda al paragrafo specifico.

Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, come più volte richiamato, si rileva il contributo all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative.

Al fine di migliorare l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è stata potenziata la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. L'obiettivo della continuità assistenziale rispetto al quale è stato garantito un costante impegno negli ultimi anni, è proseguita con un maggiore investimento sul monitoraggio delle segnalazioni ai servizi territoriali competenti per aumentare la % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera:

- (IND289) "% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera" (Target: $\geq 50\%$), che come già visto, mostra una % pari al 48,1% nel 2019, in netto miglioramento rispetto al 2018 (40,07%) e superiore alla media regionale 2019.

A seguito della riorganizzazione degli screening oncologici aziendali (tumore colon retto, tumore mammella, tumore collo utero) avvenuta nel 2018, son stati garantiti nel corso del 2019 i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, avvalendosi della struttura operativa e dell'apporto funzionale dei professionisti preposti a tali percorsi.

Nell'ambito del Governo Clinico e Gestione del Rischio, è stata garantita la partecipazione dei lavori dei gruppi aziendali per la formalizzazione dei PDTA nei quali è coinvolto, nonché la partecipazione all'attuazione del Piano per la Sicurezza delle Cure.

Nel 2019 il Consultorio Familiare ha realizzato interventi formativi sulle problematiche adolescenziali rivolti agli insegnanti/educatori nel settore scolastico e garantito l'attività di implementazione del Progetto Ministeriale Sindrome depressiva post partum (DPG/2018/12532 del 25/07/2018).

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'area della Salute Mentale, negli ultimi anni, ha progressivamente attuato nuovi assetti organizzativo – funzionali nei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei livelli di intensità di cura e sviluppato innovativi assetti di cura sul territorio attraverso i percorsi qualificati come budget di salute. Tale riorganizzazione ha contribuito a garantire l'attività clinica, utilizzando l'area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta e l'area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare percorsi di stabilizzazione e riabilitazione post dimissione e per sperimentare nuove modalità organizzative con la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative, in un'ottica di appropriatezza e valorizzazione professionale e di implementazione di percorsi specialistici in RTI.

Fra gli obiettivi qualificanti l'azione del DSM si richiamano appunto i budget di salute in Psichiatria adulti, Neuropsichiatria infantile e Dipendenze Patologiche. Il budget di salute attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale tende a ridare alla persona un funzionamento sociale alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la comunità di appartenenza. L'applicazione di tale metodologia ha promosso effettivi percorsi abilitativi individuali, contribuendo alla permanenza nel proprio tessuto abitativo e di vita di utenti con disturbi sia all'esordio che gravi e persistenti. Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento di trattamenti residenziali non appropriati, tramite UVM. Consolidare l'utilizzo del Budget di salute con gli elementi qualificanti previsti dalle linee di indirizzo è una delle azioni previste anche per l'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale (DGR 1423/2017), in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale. Nel corso del 2019 è stata ridefinita la Procedura con ASP per l'attività integrata in tutti i passaggi operativi del percorso che sarà formalizzata e implementata dal 2020.

Nel corso del 2019 si evidenzia l'attività del DSM di progressiva definizione e realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenza di ambiti di attività con le Case della Salute, con particolare riferimento alla presa in carico di pazienti cronici psichiatrici in comorbidità e fragilità socio sanitaria in collaborazione tra MMG e Dipartimento di Cure Primarie. Il DSM tramite le Dipendenze Patologiche è stato coinvolto anche all'attuazione del Progetto di sviluppo del Centro disassuefazione al fumo da svolgere in collaborazione con l'AUSL di Bologna.

In continuità con l'anno precedente c'è stato un importante investimento di attività sugli obiettivi di consolidamento e/o miglioramento degli indici di performance delle prestazioni rivolte alle persone con disturbi dello spettro autistico.

In merito al PDTA Gioco d'Azzardo con riferimento al Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo 2017 - 2018 (DGR 2098/2017) sono state messe in campo le azioni volte all'implementazione del PDTA.

Il PDTA Tutela Minori è stato definito e pubblicato su DocWeb nel 2019, prosegue nel 2020 l'implementazione da parte del gruppo interaziendale ASL-ASP.

Attività di prevenzione e promozione della salute

Nel biennio 2018-2019, in riferimento al “**Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018**” (PLA-PRP) e al ruolo di coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, gli obiettivi discendenti dal Piano (PLA) sono stati trasposti a livello di performance organizzativa (Budget) e di performance individuale, secondo le competenze ed i coinvolgimenti specifici dei vari professionisti.

Nel 2018 si è provveduto, in accordo con la programmazione locale delle Aziende Sanitarie, alla rimodulazione del PRP, estesa e prorogata al 2019, sulla base dell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. Nel 2019 si sono pertanto conclusi i progetti specifici correlati ai programmi/setting di intervento individuati dal PLA, rispetto ai quali si è procedendo alla rendicontazione.

L’obiettivo di fondo si inquadra nel crescente ruolo che la Sanità pubblica è chiamata a svolgere nel promuovere e facilitare l’incontro e la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione.

PIANO LOCALE ATTUATIVO DEL PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE

Il Piano (PLA) esplicita la struttura organizzativa locale (in termini di responsabili, coordinatori, gruppi di lavoro, ecc.) e i progetti di intervento specifici correlati ai 6 programmi/setting di intervento:

- 1) Ambienti di lavoro
- 2) Comunità – Programmi di popolazione
- 3) Comunità – Programmi età specifici
- 4) Comunità – Programmi per condizione
- 5) Scuola
- 6) Ambito sanitario

L’attuazione del PLA ha previsto il coinvolgimento di tutti Dipartimenti aziendali ed in particolar modo del Dipartimento di Sanità Pubblica che ne coordina l’attuazione complessiva. Nell’ambito del PLA stesso, peraltro, compete alle Unità operative del Dipartimento, la funzione di responsabilità in capo ai setting: 1 “Ambienti di Lavoro”, 2 “Comunità - Programmi di popolazione” e 3 “Comunità - Programmi età specifici”.

Il PLA-PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti (“indicatori sentinella”) condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano.

Nel 2017 e 2018 lo standard regionale richiesto ha visto l’AUSL di Imola impegnata a contribuire al raggiungimento di almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale. Per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore conseguito risulta \geq all’80% rispetto al valore atteso. Si è pertanto contribuito al raggiungimento degli obiettivi regionali di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del PRP (Ambienti di lavoro, comunità-programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito sanitario) attraverso le azioni previste dalle singole schede di progetto.

Gli standard attesi monitorati da “indicatori sentinella” sui progetti non completati o oggetto di proroga per il 2019 sono stati raggiunti grazie al coinvolgimento ed impegno degli operatori, non limitato al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), ma trasversalmente all’Azienda, in rapporto anche ad interlocutori esterni all’Azienda

stessa. Dalla valutazione delle schede di rendicontazione dei singoli progetti, emerge il mantenimento della performance raggiunta nel 2018.

Programmi regionali di screening. L'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre screening oncologici, in termini di avanzamento del programma e di partecipazione all'invito. In coerenza con le raccomandazioni regionali, l'invito è esteso sul territorio aziendale anche alla popolazione non residente e domiciliata. In Tabella si riportano i tre indicatori su piattaforma InSiDER relativi al Piano Performance 2018-2020, con il confronto rispetto alla media regionale.

| Programmi regionali screening Prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto | | TARGET | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|--|--|--------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | | | IMOLA | Media RER | IMOLA | Media RER | IMOLA | Media RER |
| IND761 | % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) | > 70% | 74,5% | 69,7% | 73,8% | 69,5% | 71,4% | 69,7% |
| IND762 | % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) | > 60% | 61,2% | 61,0% | 59,8% | 62,6% | 61,2% | 62,4% |
| IND763 | % di persone che hanno partecipato allo screening colorettaie rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) | > 60% | 54,3% | 53,6% | 55,7% | 54,1% | 55,6% | 53,5% |

Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19). Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, sono state attuate le azioni necessarie all'adozione del PNPV 2017-2019, secondo le indicazioni regionali.

Relativamente ai risultati raggiunti nel 2019, le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale.

In Tabella gli indicatori disponibili su piattaforma InSiDER di cui, i primi 4 in ambito Piano Performance 2018-2020, seguiti da indicatori di Copertura vaccinale Griglia LEA ed infine due indicatori di osservazione SIVER.

| Coperture Vaccinali | Target RER | 2019 | 2018 |
|--|------------|--------|--------|
| (IND171) Copertura vaccinale MPR (Morillo, Parotite e Rosolia) al 24° mese 1 dose | > 95% | 96,17% | 94,40% |
| (IND175) Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini | > 95% | 94,05% | 93,13% |
| (IND177) Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini | > 95% | 94,95% | 95,84% |
| (IND674) Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni | > 95% | 95,15% | 92,31% |
| (IND608) Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 95,46% | 96,48% |
| (IND609) Copertura vaccinale difterite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 95,46% | 96,57% |
| (IND610) Copertura vaccinale tetano a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 95,65% | 96,66% |
| (IND611) Copertura vaccinale epatite B a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 95,46% | 96,75% |
| (IND612) Copertura vaccinale HIB a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 95,46% | 96,57% |
| (IND613) Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | > 95% | 94,95% | 95,84% |
| (IND816) Copertura vaccinale HPV nella coorte nati 2007 - femmine | > 60% | 64,97% | - |
| (IND817) Copertura vaccinale HPV nella coorte nati 2007 - maschi | > 60% | 58,20% | - |

Igiene e sanità pubblica. L'attività di Prevenzione Malattie Infettive registra un complessivo incremento rispetto all'anno precedente, con particolare riferimento all'attività Vaccinale (+8,8%; +724 vaccinazioni) e di Notifica delle malattie infettive (+9%; +60 notifiche). Cala invece l'attività medico-legale di 1° livello: visite e certificazioni medico legali, accertamenti necroscopici e attestati di formazione degli alimentaristi. Si rileva inoltre un decremento di visite medico sportive (-10,3%; -227).

A livello complessivo si rileva un incremento nei volumi di prestazioni erogate (+2,3%) rispetto all'anno 2018, ed una percentuale di aderenza al Piano regionale di campionamento pari al 97%.

| ATTIVITA' | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|---|---------------|---------------|------------|--------------|
| Attività di Prevenzione Malattie Infettive | | | | |
| Vaccinazioni | 8.188 | 8.912 | 724 | 8,8% |
| Consulenze viaggiatori internazionali | 657 | 734 | 77 | 11,7% |
| Indagini epidemiologiche | 272 | 309 | 37 | 13,6% |
| Notifiche malattie infettive | 663 | 723 | 60 | 9,0% |
| Attività medico-legali di 1° livello | | | | |
| Visite e certificazioni medico legali | 2.026 | 1.947 | -79 | -3,9% |
| Accertamenti necroscopici | 946 | 919 | -27 | -2,9% |
| Attestati di formazione alimentaristi | 2.013 | 1.876 | -137 | -6,8% |
| Attività di controllo della TBC | | | | |
| Visite tisiatriche | 177 | 183 | 6 | 3,4% |
| Attività medico-sportiva | | | | |
| Visite mediche | 2.198 | 1.971 | -227 | -10,3% |
| Attività Medico Legale Collegiale | | | | |
| Collegi medici | 9 | 8 | -1 | -11,1% |
| Campioni | | | | |
| Alimenti | 181 | 170 | -11 | -6,1% |
| Piscine, balneazione, terme | 384 | 314 | -70 | -18,2% |
| Acqua potabile / tamponi | 930 | 924 | -6 | -0,6% |
| Accessi | | | | |
| Alimenti | 602 | 576 | -26 | -4,3% |
| Abitato | 406 | 376 | -30 | -7,4% |
| integrate con S.Vet. | 148 | 148 | 0 | 0,0% |
| Pareri su igiene alimenti | 230 | 260 | 30 | 13,0% |
| Pareri su igiene abitato + NIP | 200 | 190 | -10 | -5,0% |
| Partecipazione a commissioni | | | | |
| Conferenze di servizio e commissioni | 1.227 | 1.426 | 199 | 16,2% |
| Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione | | | | |
| Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore) | 256 | 252 | -4 | -1,6% |
| Totale prestazioni | 21.713 | 22.218 | 505 | 2,3% |
| Totale prestazioni "pesate"(ore) Escluse visite fiscali domiciliari | 24.543 | 24.486 | -57 | -0,2% |
| Ispezioni per 10 mila abitanti Area Ambienti confinanti | 23,65 | 23,71 | 0,1 | 0,2% |
| % Aderenza Piani regionali campionamento | 99% | 97% | | -2,0% |

Epidemiologia e sistemi informativi. In riferimento agli indici e target di cui alla DGR 977/2019:

- Realizzazione interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate \geq 95% al febbraio 2020
- Confluenza dati e flussi sull'applicativo unico del registro regionale.

E' stata consolidata l'attività di sorveglianza relativa al Registro di mortalità: l'inserimento delle schede ISTAT è risultata in linea con i tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003: le schede ISTAT di tutte le

persone decedute nel 2018 (n. 1498) sono state codificate ed inserite entro marzo 2019: risultato osservato 100%. Sono state eseguite tutte le azioni previste dal sistema di Sorveglianza degli stili di vita PASSI (interviste, questionari, inserimento dati). Per PASSI sono state inserite tutte le 110 interviste assegnate alla nostra AUSL per l'anno 2018; pertanto l'obiettivo è stato raggiunto (InSiDER IND707 "% interviste PASSI realizzate").

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni. Sono state garantite tutte le azioni di sorveglianza e controllo delle malattie infettive attuando quanto previsto dai piani regionali specifici. In particolare, in relazione alla notifica alla Regione dei casi segnalati di Dengue-Chikungunya-Zika virus, la situazione osservata nel 2019, in base ai dati disponibili, è la seguente: 2 casi di Dengue, 5 casi di Toscanavirus, nessun caso sospetto di Chikungunya-Zika virus oltretutto nessun caso di West-Nile. I casi confermati sono stati tutti inseriti in SMI. Nel corso del 2019 sono state inserite nell'applicativo SMI un totale di 723 notifiche di malattie infettive.

Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitarie. L'AUSL di Imola ha provveduto a mantenere aggiornata l'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (100% delle strutture autorizzate). Su un totale di case famiglia presenti nel territorio aziendale (registrate sulla scorta delle segnalazioni di inizio attività inviate dai Comuni) nel 2018 ne sono state controllate il 50% (3). Nel corso del 2019 sono state svolte attività di ispezione e controllo su 5 case famiglia, corrispondenti al 55% delle strutture presenti sul territorio (n. 9). Pertanto con l'attività programmata per l'anno 2020 verrà garantita la copertura del 100% nel biennio. Le ispezioni hanno esitato in alcuni casi nel riscontro di lievi difformità, che sono state segnalate ai gestori per gli adempimenti di merito, ma in nessun caso hanno portato alla sospensione dell'attività. Si segnala inoltre la importante collaborazione alla stesura del Regolamento Metropolitan Case Famiglia, realizzato su indicazione e supervisione del CTSS e successivamente inviato – nella stesura definitiva - a tutti i Comuni del territorio provinciale per l'approvazione.

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro. In riferimento alla attività ispettiva sulle Unità locali controllate, risulta un lieve decremento complessivo pari a -3%, con un andamento in controtendenza riconducibile alle Ispezioni di aziende "altri comparti" (+15%).

I pareri evidenziano un calo significativo, ascrivibile principalmente ai Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto (-57%). In riferimento alle prestazioni individuali si rileva un lieve decremento: visite specialistiche di medicina del lavoro (-10%) e partecipazione a commissioni mediche (-7%).

| UNITA' LOCALI CONTROLLATE | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
|---|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Ispezione aziende edili | 260 | 239 | -21 | -8% |
| Ispezione aziende agricole | 30 | 34 | 4 | 13% |
| Ispezioni aziende altri comparti | 99 | 114 | 15 | 15% |
| Tutela lavoratrici madri | 18 | 15 | -3 | -17% |
| Inchieste infortuni e/o malattie professionali | 26 | 20 | -6 | -23% |
| TOTALI | 433 | 422 | -11 | -3% |
| PARERI | 2018 | 2019 | Var. ass. | Var. % |
| Aminato e attività classificate | 33 | 38 | 5 | 15% |
| Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto | 522 | 227 | -295 | -57% |
| Pareri lavoratrici madri | 18 | 15 | -3 | -17% |
| TOTALI | 573 | 280 | -293 | -51% |
| PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI | | | | |
| Visite specialistiche medicina del lavoro | 87 | 78 | -9 | -10% |
| Partecipazione a commissioni mediche (gg.) | 70 | 65 | -5 | -7% |
| <i>di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08</i> | <i>13</i> | <i>18</i> | <i>5</i> | <i>38%</i> |
| TOTALI | 157 | 143 | -14 | -9% |
| EPIDEMIOLOGIA INFORTUNI SUL LAVORO | | | | |
| Report annuale "infortuni sul lavoro sul territorio imolese" | 1 | 1 | 0 | |
| CORSO DI LAUREA | | | | |
| Tutoraggio e guide di tirocinio (ore) | 244 | 196 | -48 | -20% |
| Totale prestazioni | 1.164 | 846 | -318 | -27% |
| N. prestazioni "pesate"(ore) | 14.144 | 12.746 | -1.398 | -10% |
| EFFICIENZA OPERATIVA E APPROPRIATEZZA | | | | |
| unità produttive controllate | 524 | 585 | 61 | 12% |
| unità produttive esistenti | 6.109 | 6.129 | 20 | 0,3% |
| % unità produttive controllate sul totale delle esistenti | 8,6% | 9,5% | 0 | 1,0% |
| % ricorsi contro il giudizio medico competente esaminati entro 30 gg. dalla richiesta | 80% | 95% | | 15% |
| % visite specialistiche effettuate entro 10 gg. dalla richiesta | 97% | 100% | | 3,0% |

Si riportano di seguito gli indicatori InSiDER previsti dal Piano Performance 2018-2020 e SIVER:

- **(IND185)** "% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA" (Obiettivo > 8%). Le unità produttive controllate sul totale delle esistenti, con una % in miglioramento (2018: 8,5%), risulta pari a 9,54% rientrando nel target regionale.
- **(IND187)** "% cantieri ispezionati" (Obiettivo >= 23%). Nel 2019 risultano ispezionati il 19,43% dei cantieri, in aumento rispetto al 2018 (16,44%).
- **(IND708)** "% cantieri rimozione amianto controllati" (Obiettivo >= 15%). I cantieri controllati nel 2019 risultano pari al 19,89% in linea con l'andamento complessivo regionale (media RER: 20,59).

Igiene veterinaria. Si rileva un sostanzialmente mantenimento di interventi programmati nel 2019 a confronto con il 2018. In riferimento agli interventi in emergenza si riscontra un sensibile decremento di interventi in ambito allerte/NC. Per quanto concerne gli indicatori sul rispetto degli standard regionali di congruità relativi ai piani di sorveglianza e monitoraggio in ambito veterinario, si rilevano percentuali prossime al 100% ed in alcuni casi anche superiori.

| VOLUMI ATTIVITA' | 2018 | | 2019 | | scostamenti | |
|--|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|-------------|--------------|
| | N° prestazioni | prestazioni "pesate" (ore) | N° prestazioni | prestazioni "pesate" (ore) | Var. ass. | Var. % |
| Valutazioni epidemiologiche | | | | | | |
| N.ro interventi | 56 | 140 | 21 | 53 | -35 | -63% |
| Formazione, educazione alla salute | | | | | | |
| N.ro attestazioni | 19 | 152 | 2 | 16 | -17 | -89% |
| guide tirocinio - ore | 402 | 402 | 1194 | 1.194 | 792 | 197% |
| Informazione e comunicazione | | | | | | |
| N.ro iniziative | 12 | 60 | 12 | 60 | 0 | 0% |
| N.ro Pareri | 11 | 28 | 10 | 25 | -1 | -9% |
| Controllo ufficiale | | | | | | |
| N.ro ispezioni | 585 | 2.925 | 660 | 3.300 | 75 | 13% |
| N.ro audit | 10 | 200 | 11 | 220 | 1 | 10% |
| N.ro verifiche | 1.752 | 2.628 | 240 | 360 | -1.512 | -86% |
| N.ro verifiche stabilimenti riconosciuti | 2.647 | 2.197 | 4.312 | 3.579 | 1.665 | 63% |
| N.ro campioni legali | 255 | 1.020 | 239 | 956 | -16 | -6% |
| N.ro campioni conoscitivi | 859 | 644 | 777 | 583 | -82 | -10% |
| N.ro profilassi | 1.031 | 2.062 | 1.111 | 2.222 | 80 | 8% |
| N.ro valutazioni documentali | 4.165 | 833 | 1.898 | 380 | -2.267 | -54% |
| N.ro certificazioni | 598 | 598 | 2.033 | 2.033 | 1.435 | 240% |
| Prestazioni sanitarie | | | | | | |
| Chirurgiche - ore | 48 | 240 | 48 | 240 | 0 | 0% |
| Mediche - ore | 298 | 1.490 | 340 | 1.700 | 42 | 14% |
| Provvedimenti di autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento | 201 | 503 | 154 | 385 | -47 | -23% |
| Consulenze specialistiche | | | | | | |
| N.ro incontri con istituzioni | 24 | 72 | 22 | 66 | -2 | -8% |
| N.ro valutazione pratiche | 28 | 56 | 35 | 70 | 7 | 25% |
| Verifiche da parte di Enti esterni all'UOC (accreditamento, RER, FVO, ecc.) | 1 | 250 | 0 | 0 | -1 | -100% |
| Totale interventi Programmati | 13.002 | 16.499 | 13.119 | 17.441 | 117 | 0,9% |
| Interventi in emergenza | | | | | | |
| Focolai mal.inf. - n | 6 | 600 | 6 | 600 | 0 | 0% |
| Piani straordinari - n | 9 | 225 | 7 | 175 | -2 | -22% |
| Allerte/NC | 58 | 1.450 | 22 | 550 | -36 | -62% |
| Totale interventi in Emergenza | 73 | 2.275 | 35 | 1.325 | -38 | -52% |

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Piano regionale integrato. Approvato con DGR 1500/2017 e prorogato di validità al 2019, il Piano comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, in analogia al Piano Nazionale Integrato. La programmazione è suddivisa in 4 Piani specifici (Area A, Area B, Area C, SIAN); la rendicontazione dei singoli piani è stata inviata in Regione con le schede SISVET e/o caricata sul sistema SEER dell'IZSLER e Vetinfo del Ministero.

- Piano specifico Area A: E' costituito di n.18 schede cui corrispondono n. 51 indicatori.
- Piano specifico Area B: E' costituito di n.12 schede cui corrispondono n. 45 indicatori.
- Piano specifico Area C: E' costituito di n.13 schede cui corrispondono n. 72 indicatori.
- Piano specifico SIAN: E' costituito di n.12 schede cui corrispondono n. 24 indicatori.

Dalle rendicontazioni sopra indicate (SISVET, SEER e Vetinfo) emerge che in almeno l'80% dei casi l'indicatore ha raggiunto lo standard previsto dal Piano.

Controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine. Il Piano regionale brucellosi bovina prevede il controllo del 33% delle aziende da riproduzione.

Percentuale raggiunta da AUSL di Imola: 100% aziende di produzione latte alimentare e 33% delle aziende da riproduzione. Il Piano regionale brucellosi ovicaprino prevede il controllo del 50% delle aziende da riproduzione. Percentuale raggiunta da AUSL di Imola: 53,5% allevamenti. Inoltre il piano prevede il controllo del 25% delle aziende da produzione per autoconsumo. Percentuale raggiunta da AUSL di Imola: 26,4%. Il Piano regionale prevede il controllo anagrafico del 3% delle aziende ovicaprino. Percentuale raggiunta da AUSL di Imola: 4,85% patrimonio aziende.

Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari). Nel corso dell'anno 2019 sono stati eseguiti i campioni previsti nelle modalità indicate dal Piano regionale fitosanitari, coprendo il 100% delle matrici alimentari indicate con un numero complessivo di campioni pari al 95% del totale previsto (dati presenti sul Portale per la gestione dei campioni FITOSAN gestito da ARPAE).

Mantenimento sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA. L'obiettivo fa riferimento al progetto n. 2.17 – Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA) – del PRP; è stato raggiunto e già validato a livello regionale.

Tutela del benessere animale. Sono stati caricati nel sistema nazionale VETINFO – CONTROLLI i dati dei controlli eseguiti negli allevamenti, rispettando la percentuale di controlli ufficiali previsti dal piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie "bovini", "vitelli", "suini", "polli da carne", "ovaiolo", benessere negli impianti di macellazione. Il risultato complessivo osservato di n. 44 controlli eseguiti raggiunge il valore previsto dal target indicato.

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie. L'indicatore sulla "Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari" (Obiettivo $\geq 34\%$ o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 34% di copertura). L'AUSL di Imola nel 2018 ha conseguito una copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari pari a 36,77%.

L'indicatore (IND174) relativo al Piano Performance 2018-2020 nel 2019 non è più disponibile su InSiDER. Il dato 2019 non è pertanto disponibile perché solo la Regione può fornirlo sommando le vaccinazioni antinfluenzali fatte da Servizio Medicina preventiva ai dipendenti con le vaccinazioni eseguite dagli MMG su tutti gli Operatori sanitari della Azienda.

Tutto il personale sanitario operante in reparti a rischio ed in particolare tutti i nuovi assunti, qualora non precedentemente immunizzati, sono stati vaccinati per parotite e rosolia per un totale di 60 persone e per varicella per un totale di 12 persone. Si segnala inoltre, che sono stati effettuati sempre nei reparti a rischio, numero 36 vaccinazioni anti-meningococciche.

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

Le funzioni rivolte all'Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di Lavoro, in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, hanno visto nell'ultimo triennio, in aggiunta alla specifica attività di prevenzione e controlli ufficiali programmati e in urgenza, i seguenti ambiti di intervento:

- Attività di vigilanza e controllo ufficiali con modalità integrate a livello dipartimentale, tenuto conto del contesto territoriale e rivolte al recupero di efficienza nell'impiego delle risorse.
- Attività rivolta alla persona, mediante definizione dei livelli di integrazione funzionale e interdipartimentale, nell'ambito della Casa della Salute.

- Attività di promozione della salute e del benessere sociale: collaborazione e contributo ai progetti regionali e/o locali, con livelli di integrazione con l'area territoriale ed ospedaliera.
- La realizzazione di integrazione funzionale con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme con particolare riferimento alla riorganizzazione delle sedute vaccinali (antidifterite, antinfluenzale).

In ambito di Sanità pubblica l'AUSL di Imola ha recepito il nuovo Piano Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) e ha aderito al piano di implementazione graduale del calendario delle vaccinazioni ricomprese nei nuovi LEA. L'Azienda ha avviato nel 2019 il consolidamento dell'offerta attiva anche delle seguenti vaccinazioni:

- anti Herpes Zooster nella popolazione di età = 65 anni.
- HPV coorte di nascita venticinquenni.
- meningococco B ai nati nel 2014 2015 2016: promozione della vaccinazione gratuita garantendo l'offerta vaccinale su richiesta dei genitori.

In tema di salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita, è stata garantita la consueta attività in materia di vigilanza e controllo, con riferimento alla % di aziende con dipendenti ispezionate e al numero di cantieri di rimozione amianto controllati sui piani di rimozione amianto presentati. In riferimento all'igiene pubblica e veterinaria in ambito di attività di controllo, si è proceduto all'aggiornamento delle Procedure di controllo ufficiale in sicurezza alimentare a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento CE 625/2017. L'attività di vigilanza è stata altresì prevista presso le strutture protette per anziani del territorio in collaborazione integrata con l'area delle Attività Socio Sanitarie e presso le Case famiglia.

2.2 Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Sicurezza delle cure. Stante la situazione di emergenza COVID-19, che ha ovviamente impegnato a tempo pieno tutte le risorse disponibili, non è stato ancora possibile completare il "Report di attuazione delle attività previste dal Piano Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) per l'anno 2019", che di norma prevede la rendicontazione dettagliata degli obiettivi dell'area "Sicurezza delle cure" definiti nella delibera di programmazione annuale (DGR 977/2019). È invece stata predisposta e pubblicata nei tempi previsti la "Relazione annuale (Art. 2 comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24) sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento" relativa all'anno 2019. Si riepiloga nella tabella sottostante la rendicontazione degli obiettivi di cui alla DGR 977/2019.

| | |
|---|---|
| <p>Ai sensi della L. 8 marzo 2017 n. 24 dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale consuntiva sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento messe in atto. Tale relazione potrà discendere dal report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nel 2018, che andrà aggiornato rispetto alle attività previste per il 2019.</p> | <p>Relazione pubblicata sul sito internet (sezione trasparenza) entro il 31/03/2019.</p> |
| <p>Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per 2019.</p> | <p>Il Report di attuazione del PPSC 2019 sarà inviato alla RER appena possibile. Il Report includerà l'aggiornamento delle attività per l'anno 2020; il nuovo PPSC avrà valenza 2021-2023, per allinearsi al Piano triennale della Performance.</p> |
| <p>Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 – strutture segnalanti 2018 Target: >=3</p> | <p>Hanno partecipato al sistema di segnalazione > 3 UUOO non segnalanti nel 2018, nello specifico: Chirurgia Generale, Oculistica, Genetica medica, Neurologia, Residenza psichiatrica per Trattamento Intensivo (RTI).</p> |
| <p>Effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4. Target: >= 90% InSiDER (IND721) % di procedure AHRQ4 con campo "check list" = "SI" nella SDO</p> | <p>(IND721) % di procedure AHRQ4 con campo "check list" = "SI" nella SDO. Nel 2019: 99,91% vs 99,84% nel 2018.</p> |
| <p>Effettuazione check list di sala operatoria: linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4. Target: >= 85% InSiDER (IND722) Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO</p> | <p>(IND722) Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO. Nel 2019: 98,09% vs 97,33% nel 2018.</p> |
| <p>Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare). Target: almeno 75 osservazioni per azienda</p> | <p>L'Azienda ha partecipato al Progetto regionale OSSERVARE, raggiungendo il numero di osservazioni previsto (86 osservazioni effettuate, sulle 75 previste).</p> |
| <p>Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia. Target: 100%</p> | <p>100%. Nell'ambito del Progetto "Near miss ostetrici", in data 20/05/2019 è stato condotto un SEA per l'analisi multidisciplinare (con il coinvolgimento delle professionalità e discipline coinvolte: ginecologi, anestesisti, ostetriche) di 1 near miss ostetrico (caso di sepsi) segnalato attraverso il portale ISS-ITOSS (rif. Feedback Report trasmesso in Regione).</p> |

| | |
|--|---|
| Effettuazione Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore. Target: almeno una Unità operativa | L'AUSL di Imola ha aderito al Progetto Vi.Si.T.A.RE: nel 2019 sono state effettuate, come previsto, le visite presso SPDC e Urologia (verbali visita e piani di miglioramento). |
| Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto. Target: Emanazione procedura aziendale | L'obiettivo è già stato rendicontato alla RER con nota aziendale prot. 37094 del 22/11/2019. Secondo le indicazioni regionali, l'Azienda ha provveduto al recepimento delle linee di indirizzo aggiornando la propria procedura aziendale (rif. DocWeb: "Gestione del paziente adulto con intubazione difficile prevista e imprevista" doc. Nr. 6102 - versione 1 del 20/11/2019). La UOC Anestesia e Rianimazione ha aderito al corso di formazione (organizzato dalla RER) per la gestione delle vie aeree, rivolto agli anestesisti dell'AVEC, garantendo la partecipazione dei referenti aziendali individuati. |
| Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto. Target: Emanazione procedura aziendale | L'obiettivo è già stato rendicontato alla RER con nota aziendale prot. 37094 del 22/11/2019. Secondo le indicazioni regionali, l'Azienda ha recepito le linee di indirizzo con predisposizione della procedura aziendale "Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6003 - versione 1 del 20/08/2019). |
| Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019 su operatori che hanno partecipato nel 2018. Target: 30% in più | Operatori che hanno partecipato alla FAD nel 2019: 114. Operatori che hanno partecipato alla FAD nel 2018: 318 Risultato indicatore: +36% |
| Estendere attività di auditing tra pari su adesione linee di indirizzo regionali cadute/procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019. Target: 4 audit e reporting complessivo dei risultati | Effettuato l'audit cadute su 4 UUOO (Oncologia, Ortopedia, Medicina d'urgenza, Chirurgia generale), con analisi delle prime 20 cartelle chiuse nel mese di settembre (come da indicazioni RER). I dati sono stati trasmessi alla regione secondo le modalità previste. |

Adozione di strumenti di governo clinico

Piani terapeutici regionali. Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della Area Vasta di appartenenza. Pertanto la Regione (DGR 977/2019) pone in capo ai medici prescrittori la compilazione del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i farmaci antivirali per l'epatite C, l'obiettivo per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi è rappresentato dal mantenimento di tale valore. I dati di follow-up per l'AUSL di Imola risultano nel 2019, come per il 2018, compilati dai prescrittori aziendali al 100%.

Registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. In riferimento a tali registri, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back, al fine della

gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing, ecc.), la % dei trattamenti chiusi inseriti in una richiesta di rimborso deve essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi.

- (IND372) "% di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR)". La % di richieste di rimborso attivate dai farmacisti ospedalieri sui trattamenti chiusi risulta del 100%.

Data base regionale delle eccezioni prescrittive. L'inserimento delle eccezioni prescrittive 2019 nel data base regionale che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario, sono state inserite in data entry manuale nel DB regionale, a cura dei farmacisti della Direzione Assistenza Farmaceutica, poiché tale attività non è a capo dei medici prescrittori.

Database oncologico regionale. In merito alla prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database regionale, che rende possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali, si riporta in riferimento alle raccomandazioni GREFO sui farmaci oncologici, quanto rilevato dagli indicatori InSiDER "Flusso informativo DBO":

- (IND796) "% linkage flusso SDO e flusso DBO". L'AUSL di Imola 100% vs media regionale di 64,94%.
- (IND797) "% linkage flusso ASA e flusso DBO". L'AUSL di Imola 98,65% vs media regionale di 97,02%.

I componenti della Segreteria scientifica-organizzativa, nonché della Commissione Farmaci di AVEC (Farmacista e responsabile SSD del Dipartimento di Cure Primarie) hanno assicurato nel 2019 la partecipazione costante, interattiva e pro-attiva alle riunioni del Coordinamento regionale. Rappresentativa e interattiva anche la presenza di molti specialisti e MMG, come ospiti/invitati alle riunioni plenarie, su temi inerenti gli obiettivi regionali più importanti: appropriatezza d'uso dei biosimilari, adesione alle raccomandazioni GREFO, trattamento appropriato e maggiormente costo-opportuno della BPCO in continuità ospedale-territorio.

Qualità e sicurezza delle cure farmacologiche. Per quanto riguarda questo tema ed in particolare l'applicazione delle Raccomandazioni regionali e nazionali in ambito sanitario e socio-sanitario e sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche, al fine di consentire ai medici prescrittori una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, la possibilità di fare sintesi sulle prescrizioni e di rivalutare i trattamenti, nel 2019 le raccomandazioni "lavorate" sono state le seguenti:

- Declinazione aziendale della Raccomandazioni RER di fine 2018 relativa a TEV/TVP – Tromboembolismo venoso e Trombosi Venosa Profonda; secondo le indicazioni regionali, l'Azienda ha recepito le linee di indirizzo con predisposizione della procedura aziendale "Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6003 - versione 1 del 20/08/2019).
- Definite e pubblicate della procedura aziendale "Gestione sicura dei farmaci antineoplastici e MABs ad uso antineoplastico" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6162 - versione 1 del 17/02/2020).
- Definite e pubblicate le seguenti procedure: "Gestione dei farmaci stupefacenti soggetti a registrazione della movimentazione (carico e scarico) nelle Strutture Residenziali per Anziani e Disabili private" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6046 - versione 1 del 01/10/2019) e "Gestione dei farmaci stupefacenti soggetti a registrazione della movimentazione (ai sensi DPR 309/90 e s.m.i.) nelle Case Residenza Anziani Accreditate" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6047 - versione 1 del 01/10/2019).
- Revisione della Procedura aziendale degli stupefacenti (in corso di pubblicazione).

- Sorveglianza costante sulla applicazione della procedura di corretta gestione delle soluzioni concentrate di potassio.
- Declinazione e monitoraggio applicazione raccomandazione Ministeriale/RER su ricognizione /riconciliazione con indicatori negoziati in budget con i dipartimenti ospedalieri e territoriali per monitorare l'aderenza dell'utilizzo prescrizioni ai medicinali in Prontuario regionale; l'adesione alla procedura aziendale sulla gestione clinica del farmaco (con particolare riferimento alla ricognizione e riconciliazione farmacologica) è stata inoltre oggetto di valutazione e verifica nell'ambito dell'audit annuale sulla qualità della documentazione sanitaria, che nel 2019 è stato condotto presso OsCo (SRCI e Hospice) e SPDC (rif. verbali e relazione conclusiva Formazione sul Campo – GANTT n. 116/2019).

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza. Nell'anno 2019 è continuata la sorveglianza delle ISC tramite il Sistema SICHER e il supporto della Rete Professionale a livello aziendale. Il confronto con i risultati regionali del 1° semestre 2019 dimostra che la frequenza aziendale delle ISC per tutte le categorie degli interventi chirurgici si mantiene entro e non oltre al 5% rispetto lo standard regionale. Nel primo semestre 2019 le ISC più frequenti sono state quelle della Chirurgia del Colon, per questo motivo si è provveduto all'analisi dei casi clinici per individuare le azioni di miglioramento da intraprendere con l'obiettivo di controllare le complicanze infettive. Per quanto riguarda la copertura delle procedure chirurgiche sorvegliate nel 1° semestre 2019 è stata pari al 75,1%.

Per quanto riguarda l'indicatore dell'adesione all'igiene delle mani, si osserva in area ospedaliera l'adesione in tutte le degenze attraverso il gruppo rilevatori aziendali che utilizzano il MAppER – l'adesione globale delle Degenze risulta pari al 92%. Il monitoraggio della soluzione alcolica evidenzia un risultato globale in regime di degenza ordinario pari a 26 Litri per 1.000 gg (compreso OS.CO), anche se n. 3 Unità operative non hanno raggiunto lo standard di riferimento. Nelle Case Residenziali per Anziani Accreditate, a seguito del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani attraverso il gruppo rilevatori CRA che utilizza il MAppER, si riscontra un'adesione globale pari a 89%. Per quanto riguarda il monitoraggio della soluzione alcolica, il risultato globale considerando i posti letto accreditati e non, risulta pari a 9 Litri per 1.000 gg di degenza (come rilevato nel 2018).

E' stata garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert) ed è stato effettuato regolarmente il caricamento dei file mensili di sintesi sul sito Web sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni). Il monitoraggio dell'attività di sorveglianza rileva n. 7 casi di Batteriemie da KPC (n. 1 infezione delle vie urinarie già all'ingresso in ospedale) rispetto ai quali sono state compilate le schede specifiche SMI. Inoltre sono stati effettuati sopralluoghi per verificare l'applicazione delle precauzioni aggiuntive da contatto e la sorveglianza dei contatti come da Linee Guida Regionali.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento. Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004. La stessa DGR stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie, passando dunque dal

livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITamento di tutta l'Azienda sanitaria. In tale ottica l'Azienda ha provveduto ad implementare il nuovo sistema, che permettesse di misurare il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento.

Nel corso del 2019 sono stati condotti i seguenti audit interni:

- 1) Effettuate le verifiche interne SIMT AMBO-sede Imola sia come audit interno locale (verifiche sul campo effettuate a aprile 2019; verbale del 24/04/2019) sia in rete con SIMT AMBO (con il coordinamento di Ausl Bologna (verifiche sul campo effettuate a novembre 2019; in attesa di ricevere il verbale conclusivo da Ausl Bologna). Si evidenzia che sono state avviate le azioni di miglioramento necessarie al superamento delle non conformità rilevate nel corso della sorveglianza biennale 2018 (il superamento delle non conformità è stato formalizzato dall'ASSR con prot. 36891 del 21/11/2019).
- 2) Effettuate le verifiche ispettive interne al DIMO (verifiche sul campo effettuate, come da piano audit, a novembre-dicembre 2019 per DIMO e 3 Unità operative campionate; per le restanti è stata effettuata una valutazione documentale, completata con restituzione dei risultati nel mese di febbraio 2020, come da piano audit); i verbali sono stati trasmessi al Direttore del dipartimento e ai Direttori/Responsabili delle Unità operative.

È stata, inoltre, garantita la partecipazione dei dipendenti aziendali, inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della ASSR come valutatori, sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze. Due ulteriori dipendenti hanno partecipato al corso regionale per valutatori di accreditamento, concludendo positivamente il percorso formativo a febbraio 2020.

AccREDITamento. L'Azienda in data 31.1.2018 ha provveduto alla presentazione della domanda di rinnovo dell'AccREDITamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie". È stata effettuata una autovalutazione del possesso dei requisiti da parte di un "gruppo di miglioramento" (accREDITato ECM) formato dai facilitatori per la qualità e l'accREDITamento dipartimentali e di Unità Operativa.

Il percorso avviato ha poi visto nelle date dal 12 al 14 febbraio 2019 la visita di verifica da parte del gruppo tecnico regionale in ordine alla domanda di accREDITamento avanzata. In base agli esiti della verifica (verbale prot. 7764 del 11/03/2020 e controdeduzioni prot. PG/2019/327107 del 04/04/2019), l'AUSL di Imola ha attuato le azioni di miglioramento necessarie e inviato la documentazione a supporto ai fini del superamento della criticità rilevata (no piccolo) al requisito 3.1. Con nota PG/2019/504191 del 03/06/2019 la Regione ha comunicato il superamento della criticità rilevata in corso di verifica.

Lesioni da pressione. L'Azienda ha garantito l'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali). La nuova procedura aziendale "Prevenzione delle lesioni da pressione (LdP)", editata sull'applicativo aziendale DocWeb nel maggio 2019, sostituisce il precedente ed omonimo protocollo aziendale, recependo e contestualizzando le linee di indirizzo regionali. In merito al mandato di realizzare un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative d'area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico (target 100%), l'AUSL di Imola ha

individuato 6 unità operative "pilota" per l'implementazione delle raccomandazioni suggerite: 4 in area medica (Medicina A, Medicina B, Geriatria, Lungodegenza) e 2 in area chirurgica (Ortopedia, Urologia).

Tramite i facilitatori di U.O. (afferenti alla rete "*patient safety link nurse*") è stato condotto un audit a tempo zero (T0), propedeutico all'implementazione della nuova procedura, su 20 cartelle per ciascuna U.O. pilota.

Si è provveduto, inoltre, al data entry attraverso il link comunicato e nel rispetto dei tempi indicati.

Gli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione. Il percorso formativo regionale in FAD è stato reso disponibile sulla piattaforma Ellaber a partire dal 1 agosto 2019, ciò ha permesso di raggiungere una percentuale di adesione al corso da parte dei professionisti medici e infermieri del 60%; in questa percentuale sono inclusi tutti coloro che hanno frequentato il corso, che hanno completato la prova di apprendimento finale e che hanno pertanto ottenuto l'attestato.

Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia Romagna

Assistenza Farmaceutica. La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2019 è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2018 e alla media regionale.

La spesa complessiva (convenzionata + acquisto ospedaliero) registra un incremento del +4,8% rispetto al consuntivo 2018.

| ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER) | 2018 | 2019 | var % 2019 - 2018 | var % Media RER 2019 - 2018 |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------|--|
| Farmaceutica convenzionata | € 15.864.915 | € 16.491.084 | 3,9% | 2,4% |
| Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi) | € 21.130.695 | € 22.987.681 | 5,5% | 2,9% |
| TOTALE SPESA FARMACEUTICA | € 36.995.610 | € 39.478.765 | 4,8% | 2,7% |
| Acquisto Ospedaliero | 2018 | 2019 | var % 2019 - 2018 | var % Media RER 2019 - 2018 |
| Totale Acquisto Ospedaliero | € 21.130.695 | € 22.987.681 | 5,5% | 2,9% |
| <i>di cui</i> | | | | |
| Consumi interni e Diretta ex Osp 2 | € 13.445.877 | € 13.087.344 | -2,7% | |
| DD Fascia A | € 7.684.817 | € 8.382.789 | 9,1% | |
| Farmaci Oncologici Gruppo B | | € 1.517.547 | | |
| Spesa Convenzionata netta pro capite pesata | 2018 | 2019 | var 2019 - 2018 | var % Media RER 2019 - 2018 |
| Spesa netta pro capite pesata | € 117,94 | € 122,22 | € 4,28 | 3,6% |
| Media RER | € 106,23 | € 108,52 | € 2,29 | 2,2% |
| Scostamento da media regionale | € 11,71 | € 13,70 | | |
| Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A) | 2018 | 2019 | var 2019 - 2018 | var % Media RER 2019 - 2018 |
| Spesa pro capite pesata | € 175,07 | € 184,35 | € 9,28 | 5,3% |
| Media RER | € 171,34 | € 174,84 | € 3,50 | 2,0% |
| Scostamento da media regionale | € 3,73 | € 9,51 | | |

Farmaceutica convenzionata. In relazione alla farmaceutica convenzionata l'obiettivo assegnato dalla Regione all'AUSL di Imola per l'anno 2019 era pari ad un sostanziale mantenimento (+0,1%), riflesso in sede di Bilancio Economico Preventivo 2019. Sotto il profilo operativo, al fine di governare la spesa, l'Azienda è stata impegnata e orientata nel corso dell'anno, sui seguenti ambiti di intervento:

- Il monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo MMG, che consente di presidiare in particolare i fenomeni di iperprescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale. Si richiama in tal senso l'adozione della nuova reportistica regionale.
- Incontri stabili con i MMG nell'ambito dei NCP, a piccoli gruppi, per analisi, confronto, informazione e formazione sugli andamenti per consumi e spesa in rapporto agli obiettivi regionali. In tale contesto si richiama il ruolo del Dipartimento Cure Primarie in raccordo con i Nuclei e i Medici di Medicina Generale con il supporto della Direzione Farmaceutica, verso l'attuazione di azioni di miglioramento

dell'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche e/o oggetto di obiettivi regionali quali: Inibitori di pompa protonica, Antibiotici, Omega 3, Farmaci per BPCO e Vitamina D.

- L'attività di Erogazione Diretta con il consolidamento delle azioni strutturali avviate ovvero il potenziamento della presa in carico integrata di pazienti cronici immunocompromessi/trapiantati, con BPCO – Diabete, compresa la distribuzione diretta dei farmaci anche presso le Case della Salute e le sedi internucleo, oltre alla dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale, al fine di intervenire su margini di potenziamento dell'attività attraverso maggiore sinergia tra le parti coinvolte.
- La contemporanea partecipazione attiva a vari Gruppi di Lavoro regionali per la definizione dei criteri di applicazione della nuova Intesa regionale della Distribuzione Per Conto (DPC), che ha previsto una lista regionale omogenea ed unica, nonché l'individuazione di nuovi modelli di presa in carico del paziente cronico, integrata con le farmacie convenzionate del territorio, affetto da BPCO, Diabete, ecc.
- Il mantenimento del Piano Terapeutico di AVEC (in adozione dal 2017) per la prescrizione dei PPI a carico SSN in sede di dimissione, a cura degli specialisti.

Il consuntivo 2019 registra un incremento della spesa convenzionata netta del +3,9% rispetto all'esercizio 2018 pari a € 626.169. Tra i fattori che vi incidono si rileva, in particolare, un incremento della spesa per i farmaci del Sistema Nervoso pari in termini di spesa lorda pro-capite pesata a +3,8% e relativi consumi in termini di DDD*10.000 ab. pesati/die pari a +2%, dovuto principalmente all'incremento dei farmaci oppiacei per la terapia del dolore, nonché un incremento dei farmaci del Sistema Respiratorio con una spesa lorda che incrementa del +3,6% e relativi consumi in termini di DDD*10.000 ab. pesati/die del +1,6% (nuovi farmaci per le malattie ostruttive delle vie respiratorie: adrenergici, anticolinergici e glucocorticoidi confezionati in device esclusivi e sempre più personalizzati).

Acquisto Ospedaliero di Farmaci. In relazione alla spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci l'obiettivo assegnato dalla Regione per il 2019 prevedeva un incremento del +0,5% rispetto al 2018, al netto dell'ossigeno e dei farmaci innovativi. In sede di Bilancio Economico Preventivo 2019, la spesa per l'Acquisto ospedaliero di Farmaci configurava una riduzione del -2,4% (pari a circa € - 550.000) correlata al maggiore impiego di farmaci biosimilari di tipo oncologico, anti TNF-Alfa, Eritropoietina e Follitropina, Insulina ed Eparina a basso Peso Molecolare e per l'effetto di riduzione prezzi derivanti da adesione a gara di acquisto farmaci Intercent-ER. Il consuntivo 2019 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta pari al +5,5%, pari a € +1.192.088 rispetto al 2018, di cui:

- Consumi interni +0,2%
- Erogazione diretta fasce H-C -6,1%.
- Erogazione Diretta di fascia A +9,1%.

Nell'ambito della spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci incide anche il consumo dei farmaci oncologici (Gruppo B), ex innovativi, pari ad una spesa complessiva di € 1.438.408 (al netto della mobilità extra RER), parzialmente coperti da finanziamento regionale dedicato per un valore di € 425.231.

Al netto della spesa per gli oncologici del Gruppo B, l'acquisto ospedaliero di farmaci a consuntivo 2019 si riconduce ad un +1,6%. Pertanto, le motivazioni dell'incremento della spesa per l'acquisto ospedaliero di

farmaci del +5,5%, si concentrano, in particolare, sui farmaci oncologici del Gruppo B (ex innovativi nel 2018/2019) e sulla Erogazione diretta di fascia A.

Erogazione Diretta di Fascia A. Registra a consuntivo 2019 un incremento complessivo di € +697.972 (+9,1%) rispetto al 2018. Nell'ambito dell'erogazione diretta di fascia A, la linea di erogazione per "pazienti presi in carico" registra una significativa variazione tra il 2019 e il 2018 con un incremento di € +331.367 (+8,62%) derivante dalla maggiore incidenza di consumo di farmaci per pazienti residenti affetti da malattie rare (fattori della coagulazione di fascia, medicinali ad alto costo per fibrosi cistica, ecc.) pari a € +271.000. Al netto dei medicinali di cui sopra l'incremento sarebbe stato di 1,6%.

Si ritiene opportuno evidenziare la spesa totale per gli assistiti con malattia rara che, oltre ai farmaci di fascia A, prevedono altri farmaci a corollario della terapia. Si riporta di seguito il trend di spesa per l'erogazione di farmaci correlati a pazienti affetti da malattie rare dal quale si può evincere il significativo assorbimento di spesa di tale ristretto ambito nella variazione di spesa complessiva.

| Malattie Rare - Patologie | Spesa annuale 2018 | Spesa annuale 2019 | Var 2019-2018 |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Malattia di Gaucher | € 482.344 | € 450.186 | -€ 32.158 |
| Malattia di Fabry | | € 212.223 | € 212.223 |
| Emofilia (Fascia A) | € 780.951 | € 906.457 | € 125.506 |
| Emofilia (Fascia H) | € 101.374 | € 124.132 | € 22.758 |
| Deficit congenito - Fibrinogeno | € 90.838 | € 104.932 | € 14.094 |
| Immunodeficienza primaria Ig | € 48.861 | € 92.859 | € 43.998 |
| Neuropatia ottica di Leber | € 32.488 | € 32.488 | € 0 |
| Colangite Biliare Primitiva | € 6.684 | € 18.380 | € 11.696 |
| Fibrosi cistica | € 383.769 | € 529.581 | € 145.812 |
| TOTALE | € 1.927.309 | € 2.471.238 | € 543.929 |

La linea di erogazione diretta di fascia A "in dimissione" (sia da regime di ricovero che ambulatoriale) rileva una variazione tra il 2019 ed il 2018 di € +257.570 (+13,65%), correlata all'ulteriore sensibilizzazione di invio pazienti alla dispensazione della terapia prescritta, opportunamente rivalutata e "riconciliata" ai medicinali in prontuario, al servizio di Erogazione Diretta, sia presso il presidio ospedaliero che c/o la sede centrale della Farmacia in centro-città.

La linea di erogazione diretta di fascia A "in distribuzione per conto" registra un incremento di € +224.500 (+13,62%), ma la spesa pro-capite pesata della DPC (13,76 €), a fine 2019, è pressoché sovrapponibile a quella media Regionale (13,20 €) come risulta dagli indicatori InSiDER pubblicati. Il decremento di € -15.465 (-37,5%) nelle "Strutture residenziali" è dovuto a ridefinizione informatica, in seguito all'adozione del GAAC, di alcuni Centri di Costo aziendali delle Case della Salute, nonché della relativa presa in carico integrata di pazienti cronici in Erogazione Diretta, registrata in FED nel 2019 con modalità diversa (da 05 a 03).

Consumi interni e diretta fasce H-C. I consumi interni, al netto dei farmaci innovativi e degli oncologici Gruppo B, registra un sostanziale mantenimento rispetto al 2018 (+0,2%), mentre l'erogazione diretta fasce H-C rileva un decremento pari a -6,1%. Ciò rappresenta il saldo tra incrementi e riduzioni di spesa per il maggiore ricorso a nuovi farmaci biosimilari, e/o il mantenimento prescrittivo di molecole con forte riduzione di prezzo a seguito della commercializzazione di biosimilari (es. Adalimumab- HUMIRA®). Oltre ad azioni di

governo dell'appropriatezza prescrittiva/utilizzo nei reparti ospedalieri di Inibitori di Pompa protonica, di antibiotici sistemici (tassati per *100ggdegenza), ulteriormente in riduzione rispetto all'anno precedente (vedi rapporto ICALIN della RER), farmaci oncologici, ecc.

Farmaci Innovativi. Si riporta in tabella l'andamento dei farmaci innovativi oncologici (Gruppo A) e per gli innovativi non oncologici la cui spesa è stata coperta da appositi finanziamenti regionali dedicati.

Per completezza è rappresentata anche la spesa 2019 per i farmaci oncologici del Gruppo B (ex innovativi nel 2018) pari a € 1.438.408 coperta da finanziamento regionale dedicato nella misura di € 425.231. La differenza di € 1.013.177 incide sulla spesa per l'Acquisto Ospedaliero dei farmaci, come evidenziato nel paragrafo specifico.

| Farmaci Innovativi | Consuntivo 2018 | | | Consuntivo 2019 | | | Var 2019-2018 | Consuntivo 2019 Oncologici GRUPPO B (ex innovativi nel 2018) |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|---------------|--|
| | Innovativi non oncologici | Innovativi Oncologici | TOTALE 2018 | Innovativi non oncologici | Innovativi Oncologici (Gruppo A) | TOTALE 2019 | | |
| <i>Fonte dati: report RER</i> | | | | | | | | |
| Consumo lordo | € 692.613 | € 1.857.745 | € 2.550.358 | € 348.054 | € 1.427.046 | € 1.775.100 | -€ 775.258 | € 1.438.408 |
| Finanziamento RER | € 577.278 | € 1.852.044 | € 2.429.322 | € 373.962 | € 1.411.841 | € 1.785.803 | -€ 643.519 | € 425.231 |
| <i>variazione consumi-fondi</i> | | | | -€ 25.908 | € 15.205 | -€ 10.703 | | € 1.013.177 |

Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica territoriale

Si illustra di seguito la rendicontazione degli obiettivi, di cui alla DGR 977/2019, rispetto ai quali è stato fornito uno specifico impegno per un uso appropriato delle classi di farmaci.

Contenimento consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica (PPI). Il consumo giornaliero di farmaci Inibitori di Pompa Protonica per 1.000 residenti, di cui all'indicatore su Piattaforma InSIDER:

- (IND695) "Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti", registra per l'AUSL di Imola un valore 2019 pari a 51,16 DDD per 1.000 abitanti vs un valore 2018 di 48,87 DDD per 1.000 abitanti, evidenziando un lieve aumento rispetto al 2018. Tale consumo risulta comunque più basso del consumo medio regionale 2019 (54,01 DDD x 1.000 ab.). Contestualmente, la riduzione % dei consumi ospedaliero di PPI 2019/2018, calcolati in DDD/100 gg di degenza, indicatore negoziato in budget con tutti i Dipartimenti, è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente (-4,1), con corrispondente riduzione della spesa/100 gg di degenza di oltre il 12% (indice di appropriato ricorso alle forme orali, sempre ove possibile, rispetto a quella parenterale).

Contenimento consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Nel 2019, per allinearsi agli aggiornamenti della dose definita giornaliera operati da WHO su alcuni principi attivi, le fasce di valutazione per l'uso complessivo degli antibiotici sistemici sono state modificate: le nuove DDD hanno determinato una significativa riduzione dei tassi di consumo, pertanto il precedente target di riferimento di 16 DDD/1000 ab die è stato rideterminato a 13 DDD/1000 ab die.

- (IND340) "Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti". Si registra un consumo territoriale nel 2019 pari a 13,94 DDD/1000 residenti in leggero miglioramento rispetto al 2018 (14,13

DDD), ma ancora al di sopra del target regionale. Parimenti, il consumo ospedaliero di antibiotici, obiettivo negoziato a budget di tutti i Dipartimenti, è diminuito del 7,9% circa (da 77,5 DDD/100 gg. degenza nel 2018 a 71,4 nel 2019).

- (IND343) "Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti" (Target: < 850 prescrizioni x 1.000 ab.) Il tasso territoriale di prescrizione di antibiotici sistemici nella fascia di popolazione pediatrica (<14 anni) è risultato in linea con quanto rilevato l'anno precedente: nel 2019 si registra un tasso pari a 808,25 x 1.000 residenti, nel 2018 risultava paria a 808,14. Il tasso di prescrizione aziendale 2019 risulta inferiore a quello medio Regionale (822,01 x 1.000 abitanti).
- (IND344) "Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica" (Target: >1,5). Nel 2019 in tale popolazione è leggermente calato il rapporto tra prescrizioni di amoxicillina non associata e di amoxicillina associata a inibitori, risultando pari a 1,21 vs 1,26 nel 2018, al di sotto del target regionale.

La promozione dell'uso appropriato dei farmaci viene svolta dal Nucleo operativo URA (Uso Responsabile Antibiotici) aziendale. Il consumo degli antibiotici sistemici viene periodicamente monitorato sia a livello ospedaliero che territoriale e discusso periodicamente con i prescrittori. Vengono contestualmente portati all'attenzione dei prescrittori, sia i dati di resistenze microbiologiche locali correlati ai consumi, confrontati con il medesimo contesto regionale, nazionale ed europeo, sia la costante evoluzione delle LG in merito a trattamento e profilassi chirurgica.

Indicazione a limitare l'uso dei fluorochinoloni. Tale indicazione recentemente ribadita dall'Agenzia europea per i medicinali (Procedura EMA/795349/2018) e dall'Agenzia italiana del farmaco (Nota informativa "Antibiotici chinolinici e fluorochinoloni per uso sistemico e inalatorio", 04/2019). In base alle nuove raccomandazioni, i chinoloni non saranno più disponibili in commercio, mentre le indicazioni all'uso dei fluorochinoloni sono state drasticamente ridimensionate.

- (IND341) "Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti" (Target <= 1,5 DDD x 1.000 residenti). Si registra un consumo 2019 pari a 1,19 x 1.000 residenti. Il consumo territoriale pesato di fluorochinoloni a livello territoriale mostra una diminuzione rispetto all'anno precedente (2018: 1,78 x 1.000 residenti) e risulta in linea con il consumo medio RER 2019 (1,16 x 1.000 residenti). Anche il consumo ospedaliero è diminuito del 23% circa (da 9,8 nel 2018 a 7,5 DDD/100 gg. deg. nel 2019).
- (IND342) "Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti" (Valore di riferimento: < 1,4 DDD per 1.000 ab.). Si evidenzia un consumo 2019 pari a 0,83 DDD per 1.000 ab. Il consumo territoriale si riduce anche nella sottopopolazione specifica delle donne di età 20-59 anni per (DDD*1.000 residenti): 0,83 del 2019 vs 1,28 del 2018. Il consumo 2019 risulta in linea con quello medio RER (0,85 DDD x 1.000 residenti).
- (IND0793) "Consumo giornaliero di fluorochinoloni nella popolazione >=75 anni x 1.000 residenti" (Obiettivo > 2 DDD per 1.000 ab). Il consumo 2019 risulta essere pari a 2,95 con una media RER di 2,66 DDD per 1.000 ab. Pur non raggiungendo il target, il consumo a confronto con gli anni precedenti mostra un miglioramento: 4,28 nel 2018 e 4,33 nel 2017.

Riduzione consumo Omega 3. Alla luce delle recenti comunicazioni EMA relative alla mancata efficacia di tali farmaci anche nella prevenzione secondaria cardiovascolare, si persegue una netta riduzione di impiego (consumo territoriale complessivo per la classe stimato a 2,5 DDD/1000 ab die).

- (IND794) "Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti" (Obiettivo: 2,5 DDD x 1.000 ab. pesati/die). Il consumo giornaliero di Omega 3 erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto, nel 2019 si attesta a 4,45 DDD per 1.000 ab. in leggera diminuzione rispetto al 2018 (4,53 DDD per 1.000 ab.) e superiore alla media RER (3,78 DDD per 1.000 ab.), nonostante continui informazione/comunicazione e discussione delle evidenze scientifiche a tutti i prescrittori, specialisti e MMG. La riduzione della prescrizione specialistica registrata in Erogazione Diretta è stata di oltre il 15% (DDD*1.000 ab. pesati/die).

Promozione uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Nel corso del 2019, sia il livello aziendale che quello di AVEC e quello regionale ha visto la partecipazione di tutti i professionisti multidisciplinari dell'AUSL di Imola coinvolti nella:

1. ridefinizione dell'uso appropriato delle terapie per BPCO;
2. definizione di nuovi modelli di assistenza farmaceutica territoriale (con particolare riferimento alla BPCO) previsti dalla nuova Intesa regionale inerente la DPC di cui alla DGR 329/2019.

PUNTO 1) Dal "Report attività CF AVEC" inviato alle Direzioni Aziendali a febbraio 2020.

Farmaci nella BPCO. In considerazione dell'importante impatto generato dai farmaci inalatori (R03) per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sulla spesa farmaceutica territoriale, la terza plenaria della CF AVEC ha previsto la partecipazione degli specialisti Pneumologi, Internisti, Geriatri, Medici di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale e Pneumologi convenzionati territoriali delle sei Aziende AVEC. L'incontro allargato ha permesso un confronto su elementi cruciali per il governo di questo tema, che sono stati affrontati mediante:

- Analisi dei dati prescrittivi delle sei Aziende Sanitarie AVEC rispetto alla media regionale, dalla quale si evince: un incremento progressivo dei consumi pro-capite dal 2015 al 2019 per tutte le Aziende AVEC; consumi pro-capite superiori alla media regionale nel primo semestre 2019 per le aree di Bologna (+11%) ed Imola (+14%), inferiori per Ferrara (-8%); eterogeneità prescrittiva all'interno dell'area vasta, rispetto ai farmaci LAMA in monoterapia e all'associazione preconstituita LABA/ICS, la cui determinante non è ascrivibile all'epidemiologia, come condiviso con la componente clinica.
- Analisi dei dati di spesa pro-capite delle sei Aziende Sanitarie AVEC, che riflette i discostamenti dalla media regionale osservati per i dati di consumo, sulla quale si segnala che tale spesa assorbe circa il 9,2% delle risorse destinate alla spesa farmaceutica territoriale per il 2019 e che anche piccole variazioni percentuali muovono quote economiche estremamente importanti.
- Presentazione dei costi medi associati ad un anno di terapia con le singole molecole/associazioni di molecole, suddivisi per classe terapeutica, quale supporto per i clinici nella prescrizione. Tali costi-terapia sono stati inclusi nel documento tascabile prodotto dalla CF AVEC e destinato ai potenziali prescrittori di farmaci inalatori per la BPCO, che ricalca per punti sintetici i contenuti delle raccomandazioni GOLG 2019 in tema di approccio alla terapia farmacologica, con alcuni focus specifici

sui temi dell'aderenza, e strumenti prescrittivi. (Allegato 1. "BPCO – Approccio alle terapie inalatorie Long acting nel trattamento della BPCO stabile" distribuito a tutte le Aziende per MMG e specialisti).

- Aggiornamento sullo stato di avanzamento delle attività del gruppo di lavoro regionale sulla BPCO che ha il mandato di definire dei protocolli operativi per la realizzazione di nuovi modelli assistenziali che prevedano un ruolo attivo del farmacista convenzionato nella gestione dei pazienti con malattie di prevalente pertinenza territoriale (DGR 329/2019 – Intesa RER e Farmacie Convenzionate).
- Approfondimento sull'importanza di una corretta diagnosi prima di intraprendere il trattamento farmacologico, con particolare riferimento al ruolo dell'indagine spirometrica.
- Discussione sull'appropriatezza prescrittiva rispetto allo stadio di gravità della malattia mediante un'attenta analisi delle evidenze di letteratura e delle raccomandazioni GOLD 2019
- Approfondimento sul ruolo dell'aderenza terapeutica, con analisi dei fattori che la determinano, e dell'educazione terapeutica della BPCO.

In merito al PUNTO 2, si rimanda a protocollo RER PG/2020/0891538 del 5/12/2019 "Documento attuativo dell'Intesa farmacie" (e successivi protocolli RER di pari oggetto) che contiene il "Protocollo d'Intesa" relativo, elaborato dal Gruppo di lavoro regionale e i referenti aziendali partecipanti, sia al gruppo di lavoro che al Corso di Formazione regionale BPCO del 11/10/2019.

Contenimento incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, in modo tale da non superare il target definito. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali e loro aggiornamenti: Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare - e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive.

- (IND724) "Incidenza di trattamento con i NAO (pazienti naive + switch da AVK)" (Obiettivo: 4,5 pazienti x 1.000 residenti). L'indicatore misura l'incidenza di trattamento con i nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO) sia in pazienti naive che in pazienti switch da AVK. Nel 2019 si rileva per IMOLA una incidenza paria a 4,48 pazienti per 1.000 residenti, il valore migliore a livello regionale (valore 2019 RER 4,85).
- (IND484) "% di pazienti trattati con i NAO". La percentuale di pazienti trattati con i NAO nel 2019, rispetto al totale di quelli NAO+AVK, risulta 49,7 ed è la più bassa tra le Aziende della regione. Risulta altresì evidente l'orientamento delle prescrizioni verso le molecole più costo-opportune, in seguito a ridefinizione degli accordi economici regionali 2019, apixaban ed edoxaban: l'incremento percentuale delle DDD*1000 ab. pesato/die di queste molecole è più alto della media regionale.

Documenti GReFO. Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità. L'obiettivo di adesione alle raccomandazioni GReFO costituisce da sempre obiettivo perseguito a livello aziendale, sia per quanto riguarda le terapie orali che

endovenose seppure, queste ultime, allestite c/o l'AUSL di Bologna. Come risulta da report regionale InSiDER sulla "SINTESI della spesa farmaceutica pro-capite pesata – Confronto-Capitoli", il consumo interno FED (farmaci alto costo in DSA-onco) è inferiore alla media regionale (€ 25,56 vs € 27,94).

Sempre da indicatori InSiDER "Flusso informativo DBO":

- (IND796) "% linkage flusso SDO e flusso DBO". AUSL di Imola 100% vs media regionale 64,94%.
- (IND797) "% linkage flusso ASA e flusso DBO". AUSL di per Imola 98,65% vs media regionale 97,02%.

Sappiamo poi come l'ambito della terapia oncologica è quello con maggior prevalenza di ricorso a pareri delle Commissioni farmaci di AA.VV: a livello di CF AVEC, il n° di richieste pareri (sia off-label che extra-Prontuario Regionale, ovvero extra-GREFO) dell'ASL di Imola, nel 2019, è stato del 3% vs l'8,5% del suo peso in AVEC (come risulta dal report ufficiale della CF AVEC alle Direzioni delle Aziende afferenti).

Governo dei farmaci a brevetto scaduto. Si riporta il monitoraggio degli indicatori su Piattaforma InSiDER. Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, si devono privilegiare i farmaci a brevetto scaduto.

- (**IND365**) "% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza". L'indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto. Nel 2019 la percentuale per l'AUSL di Imola risulta pari a 85,45% in linea con il consumo medio regionale (86,2%).
- (IND366) "% di consumo di farmaci equivalenti e presenti nelle liste di trasparenza". A parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale, sono da privilegiare tra i farmaci privi di copertura brevettuale, i cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Nel 2019 la % per l'AUSL di Imola risulta pari a 43,5%, la più alta a livello regionale (consumo medio RER: 38,42%).

Farmaci biologici. Si riporta il monitoraggio sull'impiego di farmaci biologici sul totale del consumo (InSiDER):

- (IND370) "% di consumo di eritropoietine biosimilari". Epoetine (>= 90%). L'indicatore corrispondente all'epoetina riporta un esito, per l'AUSL di Imola, pari al 92,12% in netto miglioramento ed entro il target regionale rispetto ai valori rilevati negli anni precedenti (2018: 68,13%; 2017: 57,24%) di utilizzo di biosimilare.
- (IND369) "% di consumo di ormone della crescita biosimilare". Ormone della crescita (GH) (>= 50%). L'indicatore (% di consumo GH biosimilare sul totale GH sia in ambito pediatrico che adulto) riporta, come nel 2018, per l'AUSL di Imola la miglior performance regionale: 2019 pari a 65,66% vs media RER 48%.
- (IND657) "% di consumo di infliximab biosimilare". Infliximab (>= 100%). Analogamente a quanto rilevato nel 2017 e 2018, tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati con il biosimilare (100%).

- (IND658) "% di consumo di etanercept biosimilare". Etanercept ($\geq 60\%$). La % di consumo risulta pari all'81,79%, la miglior performance a livello regionale (media RER pari a 70,47%) e in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (2018: 56,32%). Si consideri che la maggior parte di originator viene prescritto da centri extra-ASL a pazienti residenti. Ciò concorre a peggiorare la performance aziendale che, nonostante ciò, risulta la più virtuosa in regione.
- (IND777) "% di consumo di adalimumab biosimilare". Adalimumab ($\geq 60\%$). La % di consumo per l'AUSL di Imola nel 2019 è del 68,17%. Tale %, valutata solo sul secondo semestre dalla RER, per tempi tecnici di acquisizione dell'aggiudicazione su nuovo accordo quadro regionale, avrebbe potuto essere più alta, ma difficoltà organizzative nel 2° semestre hanno previsto lo stand-by degli ambulatori reumatologici aziendali (dove il farmaco è prevalentemente prescritto) fino a settembre 2019. Tuttavia, la continuità terapeutica dei pazienti in terapia con l'originator, comunque garantito a prezzo calmierato, ha permesso un risparmio sulla molecola quasi sovrapponibile alla stima regionale iniziale: € 304.000 vs € 334.000 circa.
- (IND659) "% di consumo di follitropina biosimilare". Follitropina alfa ($\geq 60\%$). L'indicatore mostra una percentuale pari a 78,71% in recupero netto rispetto alla performance insufficiente registrata nel 2018 (8,27%) e che risulta un esito tra i migliori a livello regionale (Media RER pari a 49,9%). Il risultato discende da azione condotta in area metropolitana di coinvolgimento, nonché informazione sugli esiti di gara dei biosimilari, dei centri pubblici e privati maggiormente responsabili della prescrizione.
- (IND778) "% pazienti trattati con trastuzumab sottocute". Trastuzumab sottocute in ambito oncologico ($\leq 20\%$). Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola rileva una % di pazienti trattati in notevole decremento rispetto al 2018: da 59,52% a 13,16% vs una media RER del 24,62% di pazienti ancora trattati.
- (IND779) "% pazienti trattati con rituximab sottocute". Rituximab sottocute in ambito oncologico ($\leq 20\%$). Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola non rileva pazienti trattati con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.
- Rituximab in ambito reumatologico ($\geq 80\%$). Il consumo del rituximab biosimilare endovenoso viene assommato a quello oncologico, allestito a cura dell'UFA ASL BO, ed è del 100% per entrambi gli ambiti specialistici.
- (IND780) "% di consumo di enoxaparina biosimilare". Enoxaparina ($\geq 90\%$). Nel 2019 il consumo per l'AUSL di Imola pari a 54,11% risulta il più basso in Regione (media RER: 86,72%). Nel 2018 tale consumo era pari a 14,51%. La maggior parte del consumo (76%) è dispensato in sede di Erogazione Diretta e/o Distribuzione Per Conto. Si segnala che è stato doveroso esaurire le scorte di originator in ogni contesto assistenziale. Scorte accumulate a fine 2018 (sulla base dei consumi dell'anno), in occasione dell'adozione del SW GAAC a inizio 2019, come previsto e caldeggiato dalla RER. Si sottolinea

comunque che, nonostante tutto, la riduzione della spesa 2019/2018 è stata di poco inferiore all'atteso RER: € 86.000 vs € 90.000 stimato.

Si segnala infine che il consumo territoriale pesato di eparinici è a Imola inferiore alla media RER di oltre il 16%; si riporta l'indicatore InSiDER del Piano Performance 2018-2020, correlabile nell'ambito Sicurezza delle cure:

- (**IND622**) "Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici" registra il tasso più performante della RER dopo l'AUSL di Modena: 1,76 vs media RER del 3,57.
- (IND781) "% di consumo di insulina lispro (ad azione rapida) biosimilare". Insulina lispro (ad azione rapida) (>=80%). Questi prodotti biosimilari a parità di efficacia terapeutica consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola mostra per il 2019 un consumo basso pari a 13,85% vs una media RER del 34,67% che risulta anche essa fuori target. Vale quanto detto per l'enoxaparina solo in merito alle scorte da esaurire dell'originator. Con la promessa di impegno maggiore per il 2020 già messo in campo negli ultimi mesi 2019 (incremento di quasi 7 punti % vs i primi 9 mesi).

Insuline basali. Nell'ambito delle insuline basali disponibili si dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/beneficio, in particolare l'impiego delle meno costose dovrà raggiungere almeno l'85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.

- (IND731) "% trattamento con le insuline basali a minor costo". La % nel 2019 per l'AUSL di Imola risulta inferiore al target regionale (54,61%) oltre ad essere la performance più bassa a livello regionale (media RER: 81,4%), anche se in lieve miglioramento rispetto al 2018 (49,18%).

Farmaci antiretrovirali. Mantenimento livelli di viremia < 40 copie/ml in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno). L'obiettivo è raggiunto rispetto ai trattamenti con una percentuale di fallimenti virologici/anno per l'AUSL di Imola che si attesta sotto l'1%.

Mantenimento spesa entro i valori del 2018, considerando l'incremento previsto dei pazienti in trattamento, attraverso il ricorso a schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto. Nel 2019 la spesa globale per farmaci HIV è diminuita di circa il 6%, a fronte di incremento dei pazienti presi in carico, grazie al ricorso a schemi terapeutici più costo-opportuni, a parità di stadio di malattia/resistenza.

Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica. Nel 2019 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti è avvenuta secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Tra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità. Tutti i dati sono costantemente monitorati dalle Aziende e dalla Regione, poiché prescrizioni e dispensazioni sono tutte doverosamente registrate nella Piattaforma regionale/nazionale. Rimborsi previsti dai registri AIFA tutti regolarmente attivati, all'interno delle "finestre" previste, se dovuti.

Farmaci neurologici (morbo di Parkinson, sclerosi multipla e cefalea). L'applicazione costante delle raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale (Documento PTR n. 239 e 271 e successivi aggiornamenti o pubblicazioni) è garantita dalla UOC di Neurologia. Il costo ed i pazienti in carico per

biologici immunosoppressori dell'area neurologica sono monitorati periodicamente; il costo medio/pz/anno dei biologici per SM della neurologia aziendale è inferiore a quello dei centri extra-Imola. Il costo territoriale per ab. pesato per i medicinali anti-Parkinson è inferiore alla media RER e si è ridotto ulteriormente nel 2019/2018, così come la spesa pesata corrispondente, in controtendenza rispetto alle stesse medie regionali.

Farmacovigilanza. Nel 2019 sono proseguite tutte le attività di FV passiva (inserimento ADR pervenute nella rete regionale/nazionale di FV a cura del responsabile aziendale), con applicazione puntuale della procedura AIFA di giugno 2018. Proseguite anche le attività di FV attiva previste dai progetti AIFA 2010-2011 di FV nelle CRA (progetto regionale con capofila ASL-Modena), che si è concluso in corso d'anno. Inoltre, è stata garantita la partecipazione di farmacisti e amministrativi aziendali per lo sviluppo dei nuovi progetti regionali e multiregionali approvati da AIFA a partenza a fine 2019 (come risulta dai verbali di presenza c/o RER).

- (IND374) "N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL x 100.000 abitanti" (Obiettivo ≥ 50). Il numero di segnalazioni di reazioni avverse di Imola risulta pari a 11,95.

2.3 Area dell'organizzazione

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

In attuazione degli indirizzi regionali e delle politiche di integrazione di funzioni e servizi sovra aziendali che hanno riguardato in particolare la gestione unificata dei Servizi amministrativi e della Logistica in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta, nel 2019 l'AUSL di Imola ha proseguito nello sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi di supporto e logistici a livello di Area metropolitana e AVEC.

Il personale dell'Azienda ha garantito la partecipazione, secondo le rispettive competenze, ai gruppi di lavoro coordinati a livello di Area vasta e Regionale, collaborando alla definizione delle soluzioni organizzative e dando il necessario supporto alle Direzioni Aziendali in ordine alle decisioni strategiche adottate.

Gli ambiti di lavoro e i progetti sviluppati di seguito illustrati costituiscono specifici obiettivi della DGR 977/2019.

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

Piattaforma gestionale amministrativo-contabile (GAAC). Nel 2019 di particolare rilevanza è stato l'impegno dell'AUSL di Imola nell'implementazione della nuova piattaforma gestionale amministrativo-contabile (GAAC), progetto a coordinamento regionale volto alla realizzazione di un sistema unico da estendere a tutte le Aziende sanitarie regionali. L'AUSL di Imola è stata inserita nel primo gruppo di Aziende che hanno avviato la nuova piattaforma. Tutte le aree aziendali che intervengono nella realizzazione del ciclo passivo e attivo, Magazzini Farmacia ed Economale – Reparti Ospedalieri – Uffici Territoriali e Distrettuali, Aree amministrative preposte agli Approvvigionamenti, Contabilità Generale, Contabilità Analitica, Inventario/Cespiti, Investimenti, nonché l'area delle Tecnologie Informatiche e di Rete, si sono impegnate in modo preponderante per tutto l'anno all'avvio di tale piattaforma. L'impegno è stato volto ad avviare l'architettura del sistema secondo la configurazione meglio rispondente alla organizzazione e ad implementare l'utilizzo dei vari ambiti gestionali. A livello aziendale è stato costituito un gruppo di project management per il coordinamento delle attività per aree di competenza, nonché un ampio gruppo di Key User distribuite su tutte le aree di riferimento. L'attività di implementazione è stata accompagnata da rapporti costanti con il livello di coordinamento regionale e il DEC (Direttore esecuzione contratto), nonché con i referenti della RTI fornitrice.

Fatturazione Elettronica. La Legge 205/2017 ha previsto dal 1° gennaio 2019 l'introduzione della fatturazione elettronica obbligatoria nell'ambito dei rapporti tra privati (modifica disciplina contenuta nel D.Lgs. n. 127/2015). Nel corso del 2019, l'AUSL di Imola ha assicurato tutte le azioni propedeutiche atte a garantire, secondo le indicazioni nazionali e regionali, l'emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione dei beni e servizi, di cui al DM 7.12.2018 mediante il "Nodo di smistamento degli ordini di acquisto" (NSO). In conformità alle disposizioni in ordine all'emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica, l'Azienda ha provveduto a promuovere azioni tese a favorire l'emissione degli ordini in formato elettronico in modalità

integrata attraverso il sistema regionale NoTIER (Nodo Telematico di Interscambio Emilia – Romagna), quale intermediario per l'invio al Nodo di Smistamento degli ordini di acquisto (NSO).

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La Legge 205/2017 (legge di bilancio 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre 2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo. Anche in questo caso il lavoro condotto negli anni scorsi per la dematerializzazione del ciclo degli acquisti consentirà di adempiere a tale obbligo senza particolari criticità. Occorre tuttavia capitalizzare al massimo le efficienze conseguibili, sfruttando al meglio gli strumenti implementati. Nel 2019 si sono realizzate le azioni volte a sviluppare forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori e ad aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale, al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure. In merito allo sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo si precisa per l'AUSL di Imola quanto segue.

Nell'anno 2019 l'AUSL di Imola ha raggiunto un buon livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale, come mostra l'indicatore di osservazione:

- **(IND818)** "% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale". L'Azienda mostra la % più alta di centralizzazione a livello regionale: 76,75% (media RER 56,55%), in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (2018: 48,69%).

Il totale degli importi dei contratti nel 2019 relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati con convenzioni Intercent-ER risulta pari a: Farmaci 81% di adesione; Antisettici: 100% di adesione (adesione alla convenzione Intercent-ER per i lotti non aggiudicati nell'anno 2018); Energia Elettrica e Gas adesione al 100% alle convenzioni Intercent-ER attive nel 2019.

Nel 2019 sono state effettuate n. 25 richieste di offerta per procedure di gara di valore inferiore ad € 40.000,00 utilizzando il mercato elettronico regionale SATER e n. 3 richieste di offerta per procedure di gara di valore inferiore a € 40.000,00 utilizzando il mercato elettronico CONSIP. Rispetto all'anno precedente (n. 55 procedure) il numero di richieste di offerta sono diminuite per le seguenti motivazioni: ridurre il più possibile le gare aziendali ed aderire alle convenzioni attive di Intercent-ER, CONSIP ed alle procedure sia di Area Vasta che dell'AUSL di Bologna, nell'ottica della centralizzazione degli acquisti; innalzamento degli acquisti senza l'utilizzo degli strumenti informatici da € 1.000,00 a € 5.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 130, Legge di Stabilità 30/12/2018 n. 145.

In riferimento alla completa dematerializzazione degli ordini inviati (entro 31/12/2019), l'AUSL di Imola nel 2019 ha inviato, tramite la piattaforma NoTIER, ordini gestiti a Magazzino Economale e Magazzino Farmaceutico per circa il 40,31% sul totale degli ordini emessi. Da gennaio 2019 è entrata in uso la nuova piattaforma GAAC e solamente dal mese di aprile 2019 è stato possibile l'invio regolare degli ordini tramite NoTIER. Il dato percentuale raggiunto deve essere pertanto valutato in relazione alle difficoltà riscontrate fino all'adeguamento a pieno regime del programma. Inoltre, è opportuno segnalare che non tutti i fornitori

nel anno 2019 si sono adeguati al sistema di smistamento ordini NSO in quanto l'obbligo è stato sancito dal Ministero dell'Economia e Finanze a partire dal 1 ottobre 2019 e successivamente prorogato al 1 febbraio 2020 per l'acquisto di beni; per i servizi l'obbligo è stato prorogato al 1 gennaio 2021.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

L'Azienda ha adottato il Documento "Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri. Assetto organizzativo, competenze e iter gestionale" con deliberazione n. 5 dell'11.1.2020, in applicazione della Circolare Regione Emilia Romagna Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare n. 12/2019, rispettando il termine ultimo del 12.1.2019 per l'adeguamento delle procedure aziendali, previsto dalla nota della RER (in atti al prot. n. 40345 del 23.12.2019). Nella stessa nota è stabilito il termine del 20.1.2020 per l'invio delle procedure al Servizio Amministrazione del SSR. L'Azienda ha inviato il documento con nota del 16.1.2020 prot. n. 1454. Relativamente all'indicatore "Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione del CVS entro 31.12" con target uguale o superiore alla media regionale, si rinvia alla reportistica consolidata pubblicata dalla RER – Banca dati gestioni sinistri. La tabella che segue – pubblicata dalla Regione Emilia Romagna - riporta la percentuale di sinistri con valutazione medico legale e con determinazione del CVS.

| Anno apertura pratica | | Totale Sinistri | di cui con Valutazione Medico-Legale | | di cui con Valutazione Medico-Legale e Data Determinazione CVS | |
|-------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|------------|--|---------|
| | | N.ro | N.ro (A) | % sinistri | N.ro (B) | % (B/A) |
| AUSL DI IMOLA | 2017 | 35 | 34 | 97,10% | 34 | 100% |
| | 2018 | 37 | 36 | 97,30% | 35 | 97,20% |
| | 2019 | 32 | 22 | 68,80% | 19 | 86,40% |
| Totale Regionale | 2017 | 1.238 | 1.025 | 82,80% | 908 | 88,60% |
| | 2018 | 1.281 | 1.018 | 79,50% | 975 | 95,80% |
| | 2019 | 1.195 | 516 | 43,20% | 458 | 88,80% |

Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento accessibilità ai servizi

Piattaforme logistiche ed informatiche più forti. Il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione. Di seguito la rendicontazione degli obiettivi della DGR 977/2019, per ambiti tematici.

Fascicolo Sanitario.

- "% documenti prodotti per i propri assistiti rispetto alle tipologie individuate a livello regionale da mettere a disposizione dell'infrastruttura di FSE. Numero di referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato su ricette ambulatoriali (comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate) aggregate per singolo assistito – struttura – dato (Target: 90%)". L'AUSL di Imola ha garantito il raggiungimento dell'obiettivo in quanto oltre ai documenti già disponibili (Referti Laboratorio Analisi, Radiologia inclusa Immagini, Pronto Soccorso e Specialistica ambulatoriale e Lettere di dimissioni, Certificati Vaccinali) nel 2019 ha garantito l'adeguamento dei SW all'invio a FSE delle lettere invio Screening Colon-Retto e HPV.
- "% documenti prodotti nella regione solo per i propri assistiti che hanno espresso il consenso. Numero di referti digitalizzati in CDA2 nel 2019 (cumulato da gennaio a dicembre) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione sull'insieme dei referti prodotti dall'azienda nel 2019 calcolato solo per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione (Target: 100%)". Come indicato in precedenza l'AUSL di Imola ha garantito il raggiungimento dell'obiettivo richiesto, in quanto tutti i referti (previsti nel formato CDA2) sono stati digitalizzati nell'anno 2019.

Dematerializzazione delle prescrizioni.

- "Invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate (Target: 100%)". Nel 2019 l'invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate è stato del 27%. Come da relazione inviata alla RER in data 07/01/2020 risultano criticità di invio dello stato erogato delle prestazioni ambulatoriali di Laboratorio Analisi (oltre il 40% delle ricette Dematerializzate), Anatomia Patologica e Consultorio Familiare ove pur essendo stato ordinato nel secondo semestre 2019 ai fornitori interessati l'attività per implementare l'invio di erogato, non è stato possibile implementarla a causa della concomitanza dell'avvio del PRGLA.
- "Implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito (Target: 100%)". Nel 2019 è proseguito il lavoro volto alla dematerializzazione delle prescrizioni sanitarie, relativamente alla sensibilizzazione dei prescrittori e al potenziamento della struttura tecnico-amministrativa verso questo obiettivo.

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero.

- "Numero certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso (Target 80%)". Nel corso del 2019 l'AUSL di IMOLA ha emesso 1.373 certificati telematici post eventi di PS, rappresentanti la quasi totalità di quelli emessi.

- "Numero dei certificati prodotti per evento di ricovero ospedaliero (Target: 80%)". Nel 2019 l'AUSL di IMOLA ha emesso 753 certificati telematici post evento di ricovero, rappresentanti la quasi totalità di quelli emessi.

Adempimenti nei flussi informativi

Sistema informativo. Per quanto riguarda i sistemi informativi l'Azienda, in linea con quanto previsto dai programmi regionali, ha avviato azioni di miglioramento della qualità dei flussi al fine di rendere sempre più tempestivi e corretti i dati trasmessi. Di seguito si riportano i livelli di performance in ordine agli obiettivi della DGR 977/2019, monitorati sul portale regionale INSIDER.

- DB oncologico. (IND796) "% linkage flusso SDO e flusso DBO" (Target >80%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|------------------------|--|-------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo DBO | (IND796) % linkage flusso SDO e flusso DBO | 100% | 11 | 11 |

- DB oncologico. % compilazione "non noto" nelle variabili: Target tutti tumori (istotipo: <5%, stadio: <15%) - Target tumore mammella (estrogeni: <20%, progesterone: <20%, Ki67: <25%; HER2-ihc: <30%; HER2-ish: <40%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|------------------------|---|---------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo DBO | (IND798) % compilazione "non noto" per campo istotipo (<u>tutti i tumori</u>) | 8,71% | 27 | 310 |
| Flusso informativo DBO | (IND799) % compilazione "non noto" per campo stadio (<u>tutti i tumori</u>) | 1,29% | 4 | 310 |
| Flusso informativo DBO | (IND800) % compilazione "non noto" per campo istotipo (tumore mammella) | 0,0% | 0 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND801) % compilazione "non noto" per campo stadio (tumore mammella) | 0,0% | 0 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND802) % compilazione "non noto" per campo estrogeni (tumore mammella) | 9,38% | 6 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND803) % compilazione "non noto" per campo progesterone (tumore mammella) | 10,94% | 7 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND804) % compilazione "non noto" per campo Ki67 (tumore mammella) | 15,63% | 10 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND805) % compilazione "non noto" per campo HER2-ihc (tumore mammella) | 7,81% | 5 | 64 |
| Flusso informativo DBO | (IND806) % compilazione "non noto" per campo HER2-ihs (tumore mammella) | 56,25% | 36 | 64 |

- DB clinici. (IND810) "% linkage flusso SDO e flusso RERAI" (Target >90%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|--------------------|--|---------------|-----------------|-------------------|
| Flusso SDO e RERAI | (IND810) % linkage flusso SDO e flusso RERAI | 95,27% | 141 | 148 |

- Flusso Pronto Soccorso. (IND788) "% accessi in PS con tempo di permanenza compreso tra 1 e 7 giorni (Target <5%) - % segnalazione schede con P211: Target <5%.

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|-----------------------|--|--------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo PS | (IND788) % accessi in PS con tempo di permanenza compreso tra 1 e 7 giorni | 1,13% | 548 | 48.469 |

- Flusso SDO. (IND790) "% di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile)" (Valore di riferimento < 5%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|------------------------|--|--------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo SDO | (IND790) % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile) | 0,49% | 1 | 203 |

- Flusso SDO. (IND791) "% procedure 00.66 erogate nei centri di emodinamica e tracciate in SDO attraverso il service o trasferimenti" (Obiettivo: 100%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|------------------------|---|---------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo SDO | (IND791) % procedure 00.66 erogate nei centri di emodinamica e tracciate in SDO attraverso il service o trasferimenti | 99,51% | 202 | 203 |

- Flusso SDO. (IND792) "% ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione" (Target <= 5%).

| Sintesi | Indicatore | Valore 2019 | Numeratore 2019 | Denominatore 2019 |
|------------------------|--|---------------|-----------------|-------------------|
| Flusso informativo SDO | (IND792) % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione | 2,85 % | 185 | 6.484 |

- Flusso HIV. "Trasmissione del flusso nei tempi programmati" (Target 100%). Il flusso è stato inviato entro la scadenza del 29.02.2020 dell'intero anno 2019.
- DSA. "Trasmissione del flusso nei tempi programmati" (Target 100%). Il DSA non ha ancora un flusso specifico, attualmente l'attività viene inserita in ASA e la trasmissione è avvenuta sempre nei tempi programmati.

2.4 Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza

Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

Con deliberazione DG n. 13 del 15.1.2019 è stato adottato il "Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e della Trasparenza triennio 2019-2021". Il Responsabile aziendale PCT ha provveduto a predisporre ed inviare all'ANAC in data 21.01.2020 la relazione in ordine alle verifiche degli obblighi in materia di Anticorruzione e contestuale pubblicazione sul sito anticorruzione. A seguito delle indicazioni dettate dall'ANAC, l'OIV-SSR con la collaborazione dell'OAS ha provveduto alle verifiche sul corretto adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale della "trasparenza amministrativa" delle informazioni e degli atti di interesse pubblico. Con provvedimento del 29.04.2019 l'OIV-SSR, in ragione delle verifiche effettuate, ha attestato il completo e regolare adempimento degli obblighi di pubblicazione, così come richiesti dall'ANAC con delibera 141/2019.

Nel 2019 è proseguita l'attività di messa a regime del nuovo impianto, attraverso il tempestivo aggiornamento del sito aziendale della trasparenza, l'effettuazione di iniziative formative rivolte al personale aziendale maggiormente coinvolto e un costante monitoraggio delle aree maggiormente a rischio di corruzione. Gli obiettivi previsti nel PTPCT sono stati riportati e declinati nei documenti di budget di tutte le articolazioni aziendali e nelle schede di assegnazione degli obiettivi individuali dei dirigenti.

Il Responsabile Aziendale ha partecipato costantemente al Tavolo in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e dell'AUSL della Romagna. Gli incontri programmati con cadenza mensile (ad eccezione della pausa estiva) hanno permesso di valorizzare il confronto diretto con i soggetti (Servizi e Strutture interessate) coinvolti, in particolar modo, in relazione alle modifiche normative apportate dal legislatore in tema di trasparenza a fronte della modifica del testo storico del D.Lgs 33/2013, avvenuta con il D.Lgs 97/2016 al quale si sono succedute le successive linee guida ANAC in materia. Di particolare rilievo risulta la trattazione, nel corso del 2019, delle seguenti tematiche:

- Partecipazione al Tavolo istituito dalla Prefettura di Bologna, finalizzato al monitoraggio del rispetto degli obblighi di trasparenza in capo alle stazioni pubbliche appaltanti, introdotti dall'art. 1 comma 32, della legge n. 190/2012 ed al rispetto del "Protocollo d'intesa per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione criminale", approvato il 19.6.2018 tra la Prefettura e le aziende AOI di Bologna, AUSL di Bologna, AUSL di Imola e IOR.
- In Area AVEC, su impulso dei DD.AA. delle Aziende Sanitarie, i RPCT hanno realizzato un procedimento di controllo (AUDIT) per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione del rischio corruzione e dell'applicazione delle procedure PAC, riguardanti il Servizio Unico Amministrazione del Personale che dato esito positivo. L'attività svolta costituisce premessa per una revisione degli strumenti di controllo che integra attività tese a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio corruttivo, con altri ambiti con analoghe necessità di controllo, pur di diverso obiettivo, quali le procedure relative al Percorso Attuativo della Certificabilità.
- Applicazione delle disposizioni previste dal DM 25/09/15 ad oggetto: "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione" alla luce del quale ciascuna Azienda

sanitaria ha provveduto alla nomina del proprio gestore antiriciclaggio. In tal senso è stata completata la procedura di adesione dell'Azienda al sistema di segnalazione on-line, tramite il portale INFOSTAT – UIF della Banca d'Italia che, in data 13.9.2017 ha abilitato la relativa registrazione.

- Acquisizione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza PTA e Sanitaria e acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi, che hanno riguardato anche il personale del comparto, con percentuali di pieno assolvimento pari al 98,65% da parte dei dirigenti e del 87,5% del personale dipendente.

Di particolare rilievo è stato inoltre lo studio, anche ai fini interpretativi, dei contenuti previsti dalla delibera ANAC n. 1310/2016 in ordine ai nuovi parametri di trasparenza. Incontri dedicati hanno fatto sì che i Responsabili PCT abbiano fatto sintesi interpretativa dei dati e delle informazioni da inserire nella "griglia trasparenza" allegata all'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2019/21 per garantire una più completa omogeneità di stesura.

Come avvenuto in passato, i Componenti del Tavolo AVEC hanno dedicato particolare attenzione al tema dei "Controlli da effettuare da parte degli RPCT aziendali" (in special modo sugli ambiti di attività dei Servizi Comuni Unificati), avanzando come suggerimento la proposta di istituire un servizio di auditing interno di supporto all'attività del RPCT.

E' stato adeguatamente presidiato il tema della "formazione" in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, valorizzato dai Responsabili PCT che hanno consolidato le tematiche della legalità e dell'integrità anche per mezzo di FAD (formazione a distanza), in particolare per i temi legati a: normativa antiriciclaggio (novembre 2019), accessibilità siti WEB della Pubblica Amministrazione (ottobre 2019), conflitto di interessi, incompatibilità e conseguenze disciplinari e penali per i dipendenti (ottobre 2019).

Il coordinamento RPCT dell'Area Metropolitana ha inoltre organizzato la "Giornata della Trasparenza", il cui oggetto è stato "La trasparenza amministrativa tra accesso documentale e accesso civico generalizzato", tenutasi presso l'AUSL di Bologna in data 22.11.2019. Altrettanta attenzione è stata riservata in materia di organizzazione di eventi convegnistico-congressuali sponsorizzati da soggetti esterni, che l'Azienda ha disciplinato con procedura del febbraio 2017 "Partecipazione ad iniziative di aggiornamento esterno organizzate, promosse o finanziate dalle Aziende farmaceutiche/privati".

Azioni preventive: provvedimenti adottati nel 2019 in settori particolarmente esposti al rischio corruzione.

L'ANAC, con proprie deliberazioni n. 12 del 28.10. 2015 e n. 831 del 3.8.2016, ha invitato le strutture sanitarie a porre in essere interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione. La LR n. 9/2017 raccomandava alle Aziende del SSR, ulteriori azioni preventive in materia di anticorruzione e trasparenza. L'AUSL di Imola, in ottemperanza a quanto sopra, in materia di azioni preventive proposte dal RPCT, ha approvato una serie di provvedimenti, intervenendo con specifiche regolamentazioni e procedure sia sull'organizzazione sia sulla matrice delle responsabilità afferenti ai Direttori delle varie Unità operative interessate e senza ulteriori oneri a carico dell'Azienda. In particolare:

- Si è consolidato il percorso "Trasparenza" conseguente all'adozione del "Regolamento in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito delle strutture sanitarie dell'AUSL di Imola" (delibera N.

13/17) che ha recepito anche gli indirizzi e le direttive regionali in materia (DGR 2309 del 21.12.2016). Tale regolamentazione ha consentito di razionalizzare l'accesso degli informatori scientifici e stabilisce specifiche modalità di ricevimento (numero massimo di incontri su base annua, incontri collegiali, evidenza giornate e fasce orarie di ricevimento, omogenea reportistica da parte di tutti i Dipartimenti e singole U.O. da trasmettere al RPCT con annotazione specifica di quanto sopra, ecc.).

- Con delibera DG n. 168/19, a seguito delle modifiche intervenute in ordine al D.Lgs. 50/2016, come modificato dal D.L.gs. 56/2017 e nel rispetto delle Linee Guida approvate dall'ANAC, è stato approvato un nuovo "Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori di valore inferiore a Euro 40.000,00 I.V.A. esclusa", che consolida i principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza e pubblicità, proporzionalità e rotazione dei RUP.
- A pieno regime l'applicazione della "Revisione della procedura di autorizzazione delle Sperimentazioni Cliniche" (delibera n. 210/17). Con questa nuova procedura si è portata la responsabilità complessiva del processo autorizzatorio in capo al Direttore Generale e si è meglio definita la matrice delle responsabilità delle singole attività afferenti ai dirigenti interessati.
- Analogo consolidamento per la "Procedura di autorizzazione – organizzazione di eventi convegnistico-congressuali sponsorizzati che utilizzano Provider esterni" (delibera n. 219/17). Questa procedura, oltre a garantire ulteriori esigenze aziendali di trasparenza, congruità e opportunità in materia di sponsorizzazioni, è finalizzata a ridurre il rischio corruzione che può verificarsi in tale ambito, in particolar modo tra il personale coinvolto ed i soggetti esterni che manifestano la volontà di proporre una sponsorizzazione tecnica a favore dell'AUSL di Imola. E' prevista a tal fine un'articolata suddivisione di compiti e responsabilità per le diverse Unità operative alle quali afferisce il processo autorizzatorio. E' stata regolarmente costituita apposita commissione tecnica intraziendale che valuta, previamente, tutti gli elementi individuati relativi alla congruità e opportunità dell'evento, prima dell'attivazione della procedura di evidenza pubblica, così come previsto dall'art. 19 del D.L.gs. 50/2016.

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.1 Area ricerca e didattica

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti

Le Strutture aziendali, anche nel 2019, si sono rese disponibili ad essere sede per lo svolgimento di tirocini formativi e stage, realizzati in collaborazione con le Università, diverse Scuole medie superiori ed Enti di Formazione. L'AUSL di Imola si è resa inoltre disponibile ad essere sede di attività pratica a supporto dell'attività didattica di formazione per la Medicina generale, per la quale viene garantita una funzione tutoriale attraverso il coinvolgimento della Rete dei Tutor di Medicina Generale all'interno dei loro ambulatori e all'interno delle Unità operative ospedaliere selezionate. Sono n. 10 i Medici di Medicina Generale Tutor che appartengono alla Rete formativa di riferimento.

Per quanto riguarda l'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS), nel corso del 2019 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - agli Enti di Formazione Professionale della Provincia di Bologna, per la realizzazione dei percorsi di prima formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica. In tutte le sopraccitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso propri professionisti dipendenti.

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2019 è stato attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna un corso di Alta Formazione in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva" e un Master in Endoscopia Avanzata.

Corsi di Laurea. Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Scuola di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 5 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione) è ormai consolidato. Per i primi due corsi, l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti tre è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio). E' stato approvato il Regolamento per la costruzione dell'Albo Aziendale dei Tutor di Tirocinio per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di 1° livello e successivamente costruito l'Albo aziendale reso pubblico sulla pagina intranet dedicata. Inoltre, è stata valorizzata economicamente l'attività erogata sulla Funzione di Tutor di Tirocinio per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di I livello, in applicazione dell'Accordo regionale del 7.9.2017.

Con l'Anno Accademico 2019/2020 si sono registrati n. 472.

La Tabella mette in evidenza la distribuzione degli studenti nei diversi Corsi di Laurea presenti.

| Corsi di laurea | N. studenti A.A. 2018/2019 | N. studenti A.A. 2019/2020 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Fisioterapia | 61 | 57 |
| Infermieristica | 198 | 173 |
| Educazione Professionale | 125 | 129 |
| Tecniche della Prevenzione | 92 | 79 |
| Magistrale Scienze della Prevenzione | 39 | 34 |
| Totale complessivo | 515 | 472 |

Sono stati stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici (n. 12) assegnati per i corsi di Laurea attivati che vengono evidenziati in Tabella, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

| Corsi di laurea 2019 | Ruolo | N.ro incarichi | Impegno nell'attività |
|--|--|---------------------------|--|
| Infermieristica | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 3 | 36 ore/settimana |
| Fisioterapia | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 36 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 1 | 37 ore/settimana (distacco da M.R.I.) |
| Educazione Professionale | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 2 | 36 ore/settimana 12 ore/settimana |
| Tecniche della Prevenzione | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 18 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 1 | 36 ore/settimana |
| Magistrale in Scienze della Prevenzione | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| TOTALE | | 12 | |

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 29 unità affiancati da 11 unità di Montecatone R.I. e altresì ulteriori 54 professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia.

I professionisti dipendenti incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor di Tirocinio) sono stati complessivamente n. 383 per i soli corsi in convenzione, a cui si aggiungono n. 26 tutor di tirocinio per altri Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di I livello sempre dell'Università di Bologna per un totale di 409 Tutor di tirocinio dipendenti attivati.

Con DGR 2165/2017 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2019 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 952.488, cifra che include le risorse pari a € 108.576 riconosciute all'Azienda sanitaria sulla base dell'Accordo attuativo del 7 settembre 2017, siglato dall'Assessore alle Politiche per la

Salute e CGIL - CISL - UIL, sull'utilizzo del 25% (riparto 2016) del fondo per i corsi universitari alle Aziende sedi di formazione per le lauree triennali abilitanti di 1° livello delle professioni sanitarie, al fine di qualificare il sistema della formazione universitaria e della partecipazione ad essa da parte del personale del SSR, aspetto che è stato garantito. Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie attività, sia dirette che indirette, ai percorsi formativi sono stimati in € 736.337.

Sulle disponibilità economiche residue vengono annualmente definiti gli investimenti per progetti di ricerca da sviluppare, per le attrezzature per la didattica (manichini, apparecchi elettromedicali, presidi, ecc.) e per gli ambienti che ospitano le lezioni dei corsi di laurea e a disposizione degli studenti.

Considerando l'Azienda in termini di sistema continua ad essere considerato importante, quale strumento di promozione e trasformazione della cultura professionale e aziendale, l'investimento nella formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di Coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di tutor di tirocinio all'interno dei servizi sedi di tirocinio curricolare degli studenti.

Rilevante il coinvolgimento di tutti coloro che collaborano alla gestione dei Corsi di Studio attivati, per implementare e garantire i processi di Quality Assurance di cui è investito l'Ateneo.

Importante l'investimento che è stato avviato sul versante della ricerca all'interno dei Corsi di Laurea.

Nel 2019 sono stati rivisti nuovamente i percorsi per l'attribuzione degli incarichi di docenza e questo ha reso necessario potenziare gli incontri con la sede centrale dell'Università e con le Aziende sanitarie di Bologna per uniformare i percorsi. Lo sviluppo poi della mobilità degli studenti da e verso l'estero, soprattutto per il corso di Laurea in Infermieristica, ha richiesto un impegno importante per selezionare gli studenti in uscita e per accogliere in Azienda per l'esperienza di tirocinio n. 2 studenti provenienti dalla Spagna.

Specializzazioni. Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali e dei modificati assetti organizzativi aziendali, l'attività formativa vede complessivamente nel 2019 presenti n. 82 (+33 rispetto all'anno precedente) medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione.

| Scuola di Specializzazione | Università | N.ro Medici |
|---|------------------------|-------------|
| Anatomia Patologica | Bologna | 1 |
| Malattie apparato digerente | Bologna | 3 |
| Urologia | Bologna | 6 |
| Radiodiagnostica | Bologna | 11 |
| Anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore | Modena e Reggio Emilia | 2 |
| Chirurgia Generale | Bologna | 2 |
| Chirurgia Generale | Ferrara | 3 |
| Pediatria | Bologna | 42 |
| Genetica Medica | Bologna | 6 |
| Chirurgia vascolare (accessi c/o Blocco operatorio) | Bologna | 6 |
| Totale complessivo | | 82 |

Si evidenzia altresì l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche nella formazione degli Psicologi, che ha visto la partecipazione da parte di 28 Psicologi ai corsi della Scuola di Specializzazione sul territorio regionale ed extra regionale.

Altri tirocini. Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, come descritto nella seguente Tabella.

| Corso di Studio | Università | Sede di Tirocinio | Nro Studenti |
|---|------------------------|--------------------------------|--------------|
| Laurea in Scienze Biologiche | Bologna | Anatomia Patologica | 1 |
| Medicina e Chirurgia | Ferrara | PS e Medicina d'Urgenza | 1 |
| Servizio Sociale | Bologna | DSM | 1 |
| Scienze e Tecniche Psicologiche | Modena e Reggio Emilia | DSM | 2 |
| Ostetricia | Bologna | Ostetricia / Blocco operatorio | 19 |
| Dietistica | Bologna | Servizio dietiste | 4 |
| Psicologia clinica | Bologna | Consultorio Familiare | 1 |
| Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni infermieristiche ed ostetriche | Modena e Reggio Emilia | Emodialisi | 1 |
| Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni infermieristiche ed ostetriche | Modena e Reggio Emilia | Staff Formazione | 1 |
| Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni infermieristiche ed ostetriche | Verona | Staff Formazione | 1 |
| Master Management | Unipegaso | Direzione Infermieristica | 4 |
| Master Management | Modena e Reggio Emilia | Direzione Infermieristica | 1 |
| Master Management | Modena e Reggio Emilia | Pediatria | 1 |
| Totale complessivo | | | 38 |

Anche i medici convenzionati dell'AUSL di Imola - in particolare, i Medici di Medicina Generale - hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2019 risultano 10 i MMG che hanno esercitato tale ruolo ed hanno accolto complessivamente n. 28 tirocinanti. Il numero dei tirocinanti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è concordato direttamente con il Medico di Medicina Generale e quindi non ricompreso in tale rendicontazione.

Presso il Presidio Ospedaliero sono stati accolti altri tirocinanti medici così come riportato in Tabella.

| Percorso | Sedi | Nro Studenti |
|---|---------------------------------|--------------|
| Tirocinio per Esame di Stato | Pediatria | 19 |
| | Ostetricia e Ginecologia | |
| | PS e Medicina d'Urgenza | |
| | Urologia | |
| | Cardiologia | |
| | Medicina A | |
| | Medicina B | |
| Tirocinio per corso in Medicina Generale | sedi varie presidio ospedaliero | 3 |
| Frequenze volontarie | Pediatria | 12 |
| | Pronto Soccorso | |
| | Anestesia e Rianimazione | |
| | Neurologia | |
| | DSM-DP | |
| Totale complessivo | | 34 |

Ricerca

L'Ausl di Imola contribuisce attraverso i propri professionisti e la propria struttura all'attività di ricerca e innovazione in stretta integrazione con gli enti del Servizio sanitario regionale in cui la ricerca rappresenta una funzione istituzionale, quali le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS; tale integrazione è favorita nell'ambito dei progetti di sviluppo e potenziamento delle reti cliniche in Area Metropolitana, che tra i propri obiettivi pongono particolare attenzione a garantire maggiori opportunità di ricerca, di formazione e di valorizzazione delle professionalità coinvolte nella rete. In quanto azienda territoriale, quindi non vocata di per sé alla ricerca biomedica e pre-clinica (che coinvolge prioritariamente le Università, le AOU e gli IRCCS), l'AUSL di Imola contribuisce alla innovazione in sanità promuovendo alcune tipologie di ricerca traslazionale, in particolare studi osservazionali e progetti di ricerca sui servizi sanitari (qualità, equità, efficienza, efficacia e costi dell'assistenza sanitaria) o di popolazione (sanità pubblica, prevenzione). Nel 2019 sono stati portati a compimento le seguenti sperimentazioni e studi clinici.

| Rif. atto deliberativo | Titolo | Prot. | Sperimentatore responsabili e UO | Esiti |
|--------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| DELIB. 20 del 6/01/2018 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AGOASPIRAZIONE CON AGO SOTTILE PER VIA ECOENDOSCOPICA (EUS FNA) UTILIZZANDO UN AGO FLESSIBILE DA 19 G NELLA DIAGNOSI DELLE LESIONI SOLIDE DELLA TESTA E DEL PROCESSO UNCINATO DEL PANCREAS: UNO STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO. | Prot: EUS-FNA Cod.CE: 17106 | Prof. Pietro Fusaroli UOC Gastroenterologia | Lo studio di fattibilità dell'uso di un ago da 19G per biopsia ecoendoscopica di tumori della testa del pancreas presso la UOC di Gastroenterologia si è svolto tra il 2018 ed il 2019. Sono stati arruolati complessivamente 30 pazienti. I risultati hanno dimostrato una elevata accuratezza diagnostica garantita dall'ago oggetto di studio, che nel 90% dei casi si è ottenuta già al primo passaggio dell'ago nella lesione di interesse. Non si sono registrati eventi avversi. I risultati dello studio sono in corso di pubblicazione. |
| DELIB. 55 del 16/03/2018 | STUDIO MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, BASATO SUGLI EVENTI, CONTROLLATO CON PLACEBO RIGUARDANTE GLI EFFETTI DI CANAGLIFLOZIN SUGLI ESITI CARDIOVASCOLARI E RENALI IN SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E NEFROPATIA DIABETICA. EMENDAMENTO N.2. | Prot: CREDESCENCE Cord.CE: 14041 | Dr.ssa Marcora Mandreoli UOC Nefrologia e Dialisi | Lo studio Credence, al quale ha partecipato anche la UOC di Nefrologia imolese con l'arruolamento di 6 pazienti prevedeva la somministrazione di un farmaco innovativo (Canaglifozin) vs placebo in pazienti con nefropatia diabetica proteinurica, in aggiunta alla terapia standard massimale è stato chiuso ufficialmente il 7/2/2019. Il 7/2/2019 si è provveduto a darne comunicazione al Comitato Etico. I risultati dello studio (in cui compare anche l'UOC di Nefrologia e Dialisi di Imola) sono stati pubblicati sul New England Journal of Medicine del 13 giugno 2019; 380(24):2295-2306. |

| | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|
| <p>DELIB. 234 del 26/11/2018</p> | <p>TEMPISTICHE RIABILITATIVE E OUTCOME FUNZIONALI IN SOGGETTI CON FRATTURA DIAFISARIA METACARPALE CON OSTEOSINTESI PERCUTANEA TRASVERSALE: CASE SERIES.</p> | <p>Prot: - Cod.CE: 606/2018/OSS</p> | <p>Dott.ssa Deborah Deserri UOC Medicina Riabilitativa CdL Fisioterapia Sede Imola, Scuola di Medicina e Chirurgia – UNIBO</p> | <p>Lo studio consente di sostenere che l'Osteosintesi Percutanea Trasversale, comparata ad altre tecniche chirurgiche tradizionali per la riduzione di questa tipologia di frattura (viti e placche) permette una riabilitazione precoce, consentendo un'immediata mobilizzazione della mano, resa possibile già in seconda giornata post-operatoria, con conseguente riduzione al minimo dell'immobilizzazione e delle tempistiche riabilitative. Ne consegue una diminuzione dei giorni di assenza dal lavoro necessari per il recupero funzionale della mano e un miglioramento della funzionalità e della destrezza della mano, con vantaggi sia per quanto concerne l'attività lavorativa, sia nel recupero in caso di gestualità legate ad attività sportive, così come nella pratica delle attività della vita quotidiana. L'Osteosintesi Percutanea Trasversale, inoltre, consente di minimizzare vizi di consolidazione e rischi infettivi, rivelandosi utile anche nella prevenzione di retrazioni o di altre complicanze dovute all'immobilizzazione. Lo studio mette in evidenza un importante aspetto socio-economico: il 75% dei soggetti presi in esame infatti ha necessitato di un solo ciclo riabilitativo di 8 sedute prima di ottenere risultati accettabili da un punto di vista clinico; questo implica una notevole riduzione dei costi che il Sistema Sanitario Nazionale deve sostenere per il trattamento e la riabilitazione di questa tipologia di traumatismo, oltre a ridurre le liste di attesa delle strutture riabilitative, aumentando quindi la possibilità di intraprendere precocemente dopo l'operazione chirurgica il percorso riabilitativo.</p> |
| <p>DELIB. 243 del 27/11/2018</p> | <p>ATTUALI STRATEGIE DI GESTIONE DEL PAZIENTE CON EMBOLIA POLMONARE.</p> | <p>Prot: COPE Cod.CE: 171/2018/OSS</p> | <p>Dr.ssa Alexandra Antonucci UOC PS e Medicina d'Urgenza</p> | <p>Lo studio - registro multicentrico COPE (Contemporary Clinical Management Of Acute Pulmonary Embolism; ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03631810) vede la partecipazione dell'UOC di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, oltre, tra gli altri, l'Università di Perugia e la Fondazione per il tuo Cuore Onlus – ANMCO sulla gestione della tromboembolia polmonare, e sui connessi aspetti formativi ad essa relativi, allo. Lo studio, tuttora in corso, ha subito un prevedibile rallentamento dovuto all'emergenza pandemica. Il 18 dicembre scorso, data la rilevanza dell'argomento, è stato organizzato ed accreditato un incontro formativo interno (cod. corso 3424.1), gestito a 4 mani con i colleghi della Cardiologia, intitolato, appunto, "Nuove Linee Guida sulla TEP".</p> |

Nel 2019 sono stati autorizzati i seguenti nuovi studi clinici e sperimentazioni:

- Delib. n. 252 del 20/11/2019: autorizzazione alla realizzazione dello studio "PRIMI DATI DEL MONDO REALE SUI PAZIENTI AFFETTI DA NSCLC NON RESECABILE ALLO STADIO III, TRATTATI CON DURVALUMAP DOPO CHEMIOTERAPIA", presso l'UOC Oncologia, Cod. 445/2019-OSS7AUSLIM 16069. (Responsabile Direttore DIMO).
- Delib. n. 198 del 24/09/2019: autorizzazione alla realizzazione dello studio "Bisogni assistenziali ed esiti dell'esistenza delle persone anziane e fragili ricoverate nelle strutture di cure intermedie e nelle strutture per acuti osCo-Frail", Cod. CE 181/2019/OSS/AUSLIM-19022. (Responsabile Governo Clinico).
- Delib. n. 180 del 27/08/2019: autorizzazione allo studio prospettico Osservazionale multicentrico no profit "Valutazione della complessità della presa in carico del paziente oncologico in fase avanzata di malattia: elaborazione di uno strumento di misurazione del bisogno di cure palliative domiciliari di base o specialistiche", Prot. CB.Ba. Spe. Cod. 443-2019- OSS-AUSLIM 19064. (Responsabile Rete Cure Palliative).
- Delib. n. 117 del 22/08/2019: autorizzazione allo studio "INCIDENZA DI EVENTI AVVERSI IN SOGGETTI OPERATI DI RIZOARTROSI DURANTE IL PERCORSO RIABILITATIVO CON MOBILIZZAZIONE PRECOCE: STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO", N. 336/2019/OSS/AUSLIM. (Referente Coordinatore didattico corso laurea fisioterapia).
- Delib. n. 126 del 12/06/2019: autorizzazione allo studio per la "Valutazione dell'efficacia di un intervento multifattoriale per migliorare la comunicazione verso i familiari di pazienti ricoverati in terapia intensiva-intensiva 2.0" Cod. 259/2019/OSS7AUSLIM-19046, presso l'UOC Anestesia e Rianimazione - dipartimento Emergenza e Accettazione.
- Delib. n. 122 del 05/06/2019: autorizzazione allo studio "Valutazione dell'impatto della malattia cronica del genitore sui figli: fattori di rischio e fattori protettivi. Cod.CE 347/2018/OSS/AUSLIM-18103 (Responsabile Governo Clinico).
- Delib. n. 119 del 31/05/2019: autorizzazione allo studio osservazionale descrittivo di un ambulatorio di presa in carico del sovrappeso e obesità infantile nell'area imolese BIF (Bimbi in Forma). Cod.CE 760/2018-1850. Referente Direttore Pediatria.
- Delib. n. 118 del 31/05/2019: autorizzazione allo studio multicentrico non interventistico sulla prescrizione di terapie antibiotiche e di emocolture nella popolazione di nati a rischio di infezioni precoci (EOS) della Regione Emilia Romagna presso l'UOC di Pediatria e Nido. Cod. Ce 187/2019/OSS/AUSLIM-19032.
- Delib. n. 80 del 03/04/2019: autorizzazione allo studio "EASY NET efficacia degli interventi di audit e feedback per il miglioramento dell'assistenza sanitaria nel diabete mellito di tipo 2 e nell'insufficienza cardiaca cronica". Capofila AOU di Bologna. Il CE-AVEC ha approvato lo Studio nella seduta del 23/05/2018 (CE n.229/2018/OSS/AOU Bologna). Referente aziendale Direttore Medicina A.
- Delib. n. 60 del 11/03/2019: autorizzazione allo studio osservazionale retrospettivo multicentrico sull'utilizzo nella reale pratica clinica di regorafenib in pazienti con carcinoma colonrettale metastasico in

regione Emilia-Romagna COD. 432/2018/OSS/AUSLBO. Prot. CORE-GI-01. (Responsabile Direttore DIMO).

Nel corso del 2019 alcuni dipendenti dell'Azienda hanno partecipato al corso di formazione regionale sulla Piattaforma applicativa per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende Sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia Romagna.

Formazione aziendale

Con la Determinazione Regionale n. 10294 del 18/08/2015 la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione della Regione Emilia Romagna, ha accreditato definitivamente il Provider AUSL di Imola.

Il 13 Febbraio 2019 la Struttura ha, contestualmente alla visita di accreditamento della Direzione Generale, accolto la visita di verifica per il rinnovo dell'accREDITamento della funzione di governo aziendale della formazione continua e funzione di Provider ECM al termine della quale è stata espressa una valutazione molto positiva. La Tecnostruttura Formazione è posizionata in staff alla Direzione Sanitaria. Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi, e nel rispetto delle disposizioni aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la Tecnostruttura lavora in stretta collaborazione con i dipartimenti e con le configurazioni dell'azienda e si interfaccia con i dipartimenti con la rete dei referenti per la formazione delle professioni sanitarie e si avvale di una rete di tutors.

La Tecnostruttura Formazione è articolata nei Nuclei Operativi di:

- Formazione continua e Provider ECM;
- Formazione universitaria;
- Formazione a favore di esterni;
- Supporto Amministrativo e Segreteria generale.

L'attività si sviluppa in contesti logisticamente differenziati e le risorse umane dedicate alla gestione dei processi in carico allo Staff Formazione sono, in diversi casi, condivise con altri Dipartimenti.

Formazione continua. Dal 1 gennaio 2017, l'Azienda ha adottato l'applicativo regionale WHR-Time – GRU per la gestione di tutti i dati relativi alla formazione. In base ai dati di rendicontazione, l'AUSL di Imola ha realizzato 237 iniziative formative rivolte al personale dipendente che hanno dato origine a 378 edizioni di cui 373 accreditate; 5 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM.

| Iniziative formative realizzate 2019 | ECM | Corsi | Edizioni | Edizioni Annulate | Edizioni chiuse |
|--------------------------------------|-----|------------|------------|-------------------|-----------------|
| Blended (Res + Fad) | SI | 4 | 4 | | 4 |
| FAD E-Learnig | SI | 7 | 7 | | 7 |
| FAD E-Learnig | NO | 1 | 1 | | 1 |
| Formazione residenziale (1-200) | SI | 145 | 260 | 6 | 254 |
| Formazione residenziale (1-200) | NO | 2 | 3 | | 3 |
| Gruppi di Miglioramento | SI | 57 | 77 | 3 | 74 |
| Traning Individualizzato | NO | 1 | 1 | | 1 |
| Traning Individualizzato | SI | 20 | 38 | 4 | 34 |
| Totale | | 237 | 391 | 13 | 378 |

Nessuno dei corsi interni dedicato al personale dipendente è stato realizzato con fondi provenienti da soggetti terzi che hanno o non hanno interessi commerciali in ambito sanitario.

A seguito di tutta l'attività svolta in stretta collaborazione con i Referenti della Formazione di Dipartimento l'indicatore relativo al numero di eventi realizzati sul numero di eventi programmati a PAF ha mantenuto una buona performance attestandosi al 70%, anche se sotto la soglia attesa che richiedeva un 80% espresso sulla base della valutazione del risultato dell'anno precedente (76,65%). Sul risultato complessivo hanno inciso in modo importante due Dipartimenti che hanno pianificato un numero rilevante di eventi che poi per motivi organizzativi contingenti non sono riusciti a realizzare.

Per quanto attiene al gradimento espresso dai partecipanti agli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale, su una scala 0-3, i dati indicano una valutazione media di gradimento del corso pari al valore di 2,60. Sono state sottoposte a valutazione di gradimento "on line" 366 delle 378 edizioni chiuse pari al 97%. Le 12 edizioni non valutate sono nella maggior parte dei casi dedicate a personale esterno che non avendo seguito la procedura di iscrizione on- line prevista da GRU- Formazione (iscrizioni raccolte con altro sistema fuori procedura) non ha, al termine dell'evento, avuto la possibilità di esprimere il gradimento.

La valutazione di gradimento sui docenti/tutor si attesta invece sul valore medio pari a 2,77 e sono stati 635 i soggetti sottoposti a valutazione con questionario di valutazione regionale, sempre su una scala 0-3.

Le partecipazioni e le ore. Al 31 dicembre 2019 gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.258 dipendenti, su un totale di 1.790 (pari al 70%); 162 medici convenzionati. Sono 5.973 le partecipazioni complessivamente processate dal Provider AUSL di Imola nel 2019 come evidenziato in Tabella.

| Corsi interni 2019 | PARTECIPANTI | | ORE EROGATE | | ECM | |
|--|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| | dipendenti | non dipendenti | dipendenti | non dipendenti | dipendenti | non dipendenti |
| ASSENTI | 609 | 317 | | | | |
| Totale Assenti | 926 | | | | | |
| Partecipazioni che NON hanno esitato in attestazioni | 279 | 59 | 4.562 | 1.313 | | |
| Totale Partecipazioni NO attestazioni | 338 | | 5.875 | | | |
| Partecipazioni CON attestazione ECM o NON | 4.572 | 1.401 | 35.610 | 10.312 | 36.755 | 9.862 |
| Totale Partecipazioni processate | 5.973 | | 45.922 | | 46.617 | |

Diminuisce rispetto all'anno precedente il numero di assenti (-337) che va inquadrato nella cornice più ampia offerta dalla formazione FAD che prevede, sulla base delle procedure in essere, che sul Portale SELF PA siano caricati ex ante tutti i potenziali fruitori che poi in misura variabile non attiva il percorso di fruizione.

Dato da monitorare con continuità è quello relativo alle 4.562 ore "perse" (13% sul monte ore totale erogate ai dipendenti) ovvero ore frequentate dai dipendenti senza però esitare in una attestazione e quindi indice di un corso interrotto ad un diverso livello del suo percorso. Il dato è probabilmente legato a cause organizzative "critiche" di assenza e/o turnover del personale vissute in corso d'anno dall'organizzazione.

Relativamente al numero di partecipazioni ai corsi organizzati internamente all'azienda, delle diverse famiglie professionali in relazione al numero dei dipendenti in pianta organica, si segnala che pressoché tutte hanno avuto accesso alla formazione anche se ovviamente con possibilità diversificata come evidenziato in Tabella.

| Qualifica | PERSONALE "TRANSITATO" AL 31/12 | PARTECIPAZIONI | UNITA' |
|---|---------------------------------------|----------------|--------------|
| Medico chirurgo | 321 | 875 | 226 |
| Farmacista | 15 | 13 | 7 |
| Veterinario | 9 | 21 | 8 |
| Psicologo | 15 | 75 | 14 |
| Biologo | 6 | 20 | 6 |
| Assistente sanitario | 4 | 12 | 3 |
| Dietista | 5 | 7 | 1 |
| Educatore professionale | 14 | 44 | 13 |
| Fisioterapista | 36 | 146 | 28 |
| Infermiere | 870 | 3697 | 727 |
| Logopedista | 11 | 53 | 10 |
| Ortottista/assistente di oftalmologia | 2 | 1 | 1 |
| Ostetrica/o | 43 | 348 | 39 |
| Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro | 24 | 59 | 20 |
| Tecnico della riabilitazione psichiatrica | 4 | 20 | 2 |
| Tecnico di neurofisiopatologia | 4 | 18 | 3 |
| Tecnico sanitario di radiologia medica | 36 | 154 | 31 |
| Tecnico sanitario laboratorio biomedico | 16 | 30 | 10 |
| Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | 2 | 17 | 2 |
| Ruolo Amministrativo | 212 | 232 | 123 |
| Ruolo Tecnico | 161 | 259 | 117 |
| Assistente Sociale | 6 | 30 | 6 |
| Ingegnere | 4 | 12 | 4 |
| OSS/OTA | 237 | 462 | 177 |
| Infermiere generico | 2 | 2 | 2 |
| Tecnico audiometrista | 2 | | |
| Totale | 2.061 | 6.607 | 1.580 |

L'aggiornamento esterno fruito mette in evidenza una diversificazione degli istituti utilizzati frutto dei percorsi di riflessione avviati in modo rilevante con tutti i Dipartimenti aziendali e un trend in decrescita registrato negli ultimi anni, riflesso anche del ricorso appropriato di utilizzo a questa tipologia di formazione.

Sono complessivamente 802 (-173 rispetto al 2018 e -557 autorizzazioni rispetto al 2017) le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel corso del 2019, come riportato in Tabella.

| Tipologia Aggiornamento Esterno 2019 | N.ro partecipazioni |
|--|---------------------|
| OBBLIGATORIO ESTERNO (di cui 45 sponsorizzati) | 718 |
| FACOLTATIVO CON CONCORSO NELLE SPESE | 13 |
| FACOLTATIVO (di cui 25 sponsorizzati) | 71 |
| Totale | 802 |
| FORMAZIONE LIBERA "SPOT" (fruita a titolo personale) | 192 |
| FAD ESTERNA (no MED3) | 1349 |
| Totale | 1.541 |
| FORMAZIONE ESTERNA SPONSORIZZATA E FRUITA A TITOLO PERSONALE | 28 |
| Totale | 2.371 |

Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base delle procedure aziendali in essere, sono state complessivamente 98, dato sovrapponibile a quello dell'anno precedente. Sono state altresì registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a 1.569 iniziative esterne fruite a titolo personale da parte dei professionisti.

La FAD. L'offerta di pacchetti di formazione FAD a livello aziendale avviene attraverso tre canali: il Consorzio MED3, di cui l'AUSL di Imola è componente, il Portale Federato SELF della Regione Emilia Romagna per la P.A. ed il Portale regionale E-LLABER.

Nel 2019 il ricorso a questa tipologia di formazione ha subito un incremento notevole ed è continuato il monitoraggio mirato sulla fruizione da parte dei professionisti dei pacchetti resi disponibili.

Per quanto attiene l'utilizzo dei pacchetti di formazione disponibili sul Portale MED3, sono state attivate n. 1.125 partecipazioni (+789 partecipazioni rispetto al 2018) che hanno generato una erogazione di crediti ECM pari a 14.458 (+11.540 rispetto al 2018). Per quanto attiene al Portale SELF-PA e E-LLABER sono stati attivati n. 11 eventi formativi obbligatori frequentati con esito positivo da n. 753 dipendenti.

| TITOLO CORSO FAD | PORTALE | N. PARTECIPANTI CON CORSO COMPLETATO |
|---|---------------|--------------------------------------|
| LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLE CADUTE IN OSPEDALE | ELLABER | 114 |
| LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE | ELLABER | 141 |
| ACCOGLIENZA E ASSISTENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE (area territorio) | ELLABER | 48 |
| ACCOGLIENZA E ASSISTENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE (area sociale) | ELLABER | 33 |
| ACCOGLIENZA E ASSISTENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE (area emerg. urg.) | ELLABER | 70 |
| CONOSCERE E PREVENIRE L'ENDOMETRIOSI CORSO BASE | ELLABER | 136 |
| CONOSCERE E PREVENIRE L'ENDOMETRIOSI CORSO AVANZATO | ELLABER | 6 |
| HEALTH LITERACY | ELLABER | 90 |
| STRUMENTI E PERCORSI PER UNA CORRETTA E SICURA GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI | ELLABER | 59 |
| GLI APPLICATIVI INFORMATICI SANITARI NOZIONI DI BASE PER IL MEDICO 1 | SELF-PA | 10 |
| SICUREZZA E SALUTE NEL LAVORO IN UFFICIO | SELF-PA | 46 |
| | Totale | 753 |

I crediti. A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato nella sola formazione interna, per i dipendenti con obbligo ECM, è pari a 36.755 con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a 29,22 ECM in linea rispetto alle indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione, evidenziato nella Tabella sulla "Partecipazione ai corsi interni".

Se si osservano invece i complessivi crediti registrati maturati attraverso percorsi formativi variamente fruiti ed opportunamente rendicontati allo Staff Formazione, la situazione si modifica: i crediti ECM complessivi salgono a 86.279,16 ed il credito ECM medio risulta pari a ECM 55.

| Qualifica | N. CREDITI 2019 | N. Unità transitati al 31/12 | N. ECM medio pro capite |
|--|------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Assistente sanitario | 138,2 | 4 | 35 |
| Biologo | 215,6 | 6 | 36 |
| Chimico | 44,1 | 1 | 44 |
| Dietista | 74,55 | 5 | 15 |
| Educatore professionale | 574,54 | 14 | 41 |
| Farmacista | 593 | 15 | 40 |
| Fisioterapista | 1505,54 | 36 | 42 |
| Infermiere | 56138,21 | 870 | 65 |
| Logopedista | 578,3 | 11 | 53 |
| Medici di Medicina Generale | 1250,3 | 95 | 13 |
| Medico chirurgo | 14839,41 | 321 | 46 |
| Odontoiatra | 83 | 1 | 83 |
| Ortottista/assistente di oftalmologia | 152,4 | 2 | 76 |
| Ostetrica/o | 3837,25 | 43 | 89 |
| Pediatri di Libera Scelta | 159,8 | 22 | 7 |
| Psicologo | 1319,9 | 15 | 88 |
| Tecnico audiometrista | 125 | 2 | 63 |
| Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luog | 1059,66 | 24 | 44 |
| Tecnico della riabilitazione psichiatrica | 219,6 | 4 | 55 |
| Tecnico di neurofisiopatologia | 176,3 | 4 | 44 |
| Tecnico sanitario di radiologia medica | 1928,7 | 36 | 54 |
| Tecnico sanitario laboratorio biomedico | 650,1 | 16 | 41 |
| Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evol | 174,3 | 2 | 87 |
| Veterinario | 441,4 | 9 | 49 |
| Totale complessivo | 86.279,16 | 1.558 | 55 |

Gli incarichi di docenza e Tutoraggio. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2019 per la realizzazione delle varie iniziative sono, come sintetizzato nella Tabella che segue e che evidenzia altresì la valorizzazione per questa attività delle competenze già presenti all'interno del sistema sanitario regionale.

| Incarichi didattici per ruolo | Docenti | ORE | CREDITI |
|--------------------------------------|----------------|--------------|----------------|
| Docente interno | 180 | 1.664 | 2.959 |
| Relatore interno | 1 | | 3 |
| Tutor interno | 33 | 1.285 | 765 |
| Tutor d'aula interno | 10 | 124 | 61 |
| Docente esterno | 128 | 934 | 1.272 |
| Tutor esterno | 4 | 64 | 47 |
| Totale | 356 | 4.071 | 5.107 |

Sono state erogate 4.071 ore di docenza e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione, corrispondenti a complessivi 5.107 crediti ECM. Per quanto attiene al gradimento espresso dai partecipanti sul docente degli

eventi formativi, sui criteri di interesse definiti a livello regionale (scala 0-3), si registra un dato medio pari a 2,77, sovrapponibile a quello dell'anno precedente.

Costi. Complessivamente nel 2019, sono stati utilizzati fondi ordinari per un totale di € 304.398 comprensivi dei costi per la gestione del patrimonio bibliografico aziendale. I costi per la formazione del personale Convenzionato ammontano a € 1.952,16. Per quanto riguarda l'utilizzo del budget dedicato alla formazione, è stato speso il 104% del budget assegnato (contro l'83% dell'anno precedente).

La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata nella Tabella che segue.

| Spesa formazione 2019 | Da budget | Da Fondi Vincolati | Totale |
|--|------------------|---------------------------|------------------|
| Aggiornamento Interno | € 117.631 | € 50.054 | € 167.684 |
| Aggiornamento Esterno | € 86.150 | € 5.655 | € 91.805 |
| Formazione personale convenzionato (*) | € 1.952 | | |
| Totale | € 203.781 | € 55.709 | € 259.489 |
| Acquisizione patrimonio bibliografico | € 100.617 | | € 100.617 |
| Totale complessivo | | | € 360.106 |

(*) Fondi dedicati

In linea con le indicazioni fornite da Collegio di Direzione la distribuzione delle risorse è stata prevalentemente orientata sulla formazione interna (58% vs il 42% per la formazione esterna).

Funzione Provider. In base agli accordi regionali, che prevedono il coinvolgimento a rotazione di tutti i Provider regionali, anche l'AUSL di Imola ha svolto la Funzione Provider per alcuni eventi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Sono stati accreditati complessivamente n. 9 eventi.

Formazione interna dei Medici convenzionati. Sono state realizzate 6 iniziative formative interne che hanno coinvolto i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Le partecipazioni complessive ammontano a n. 215.

| Iniziative formative rivolte a personale convenzionato ANNO 2019 | MMG | PDLS | TOTALE |
|---|------------|-------------|---------------|
| PDTA DELLA MAMMELLA: LA RETE DEI SERVIZI A SUPPORTO ED IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO | 59 | | 59 |
| APPLICAZIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA RELATIVE ALL'APPARATO LOCOMOTORE | 79 | | 79 |
| LA VIOLENZA SU DONNE E MINORI: IL PARERE DELL'AVVOCATO | 9 | 1 | 10 |
| LA RELAZIONE DI CURA SECONDO METODO BALINT | 7 | 1 | 8 |
| PSICHIATRIA E MEDICINA GENERALE. PSICOFARMACI E CONSULENZA SPECIALISTICA. PROGETTO LEGGERI 2019 | 55 | | 55 |
| ASSISTENZA SANITARIA PER I MIGRANTI IN ITALIA | 2 | 2 | 4 |
| Totale | 211 | 4 | 215 |

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale. Anche nel corso del 2019 lo Staff Formazione ha partecipato alla pianificazione, programmazione e gestione di iniziative formative condivise in Area Vasta Centrale puntualmente rendicontate all'interno dei RAF annuali. In relazione alle indicazioni ricevute dal Tavolo di Coordinamento organizzato dall'Agencia Socio Sanitaria Regionale, i responsabili della Formazione AUSL Imola e IOR hanno partecipato ad un gruppo di lavoro interaziendale e multidisciplinare per condividere e formalizzare un regolamento (o uno schema tipo di regolamento) per la gestione della formazione sponsorizzata delle Aziende Sanitarie e IRCCS pubblici. I responsabili Formazione AVEC hanno anche preso parte, su richiesta della Funzione Formazione dell'Agencia Socio Sanitaria Regionale, e con il coordinamento del responsabile formazione AUSL Imola, ad un tavolo ristretto di lavoro cui è stato affidato l'obiettivo di facilitare l'implementazione del Dossier Formativo di Gruppo (DFG) attraverso la definizione di un "albero delle competenze" che, partendo dalle 4 aree già definite dall'OIV, preveda un livello più dettagliato comune a tutte le Aziende.

La strutturazione del PAF AVEC nel 2019 ha seguito un percorso che ha visto, accanto alla ricognizione dei bisogni formativi da parte dei responsabili formazione delle aziende, in collaborazione con i responsabili degli staff e line alle direzioni aziendali, un maggiore coinvolgimento delle Direzioni Generali nella proposta di eventi formativi di comune interesse e nell'ottica di rafforzare la committenza sulle iniziative formative.

Si è condiviso il principio che il PAF, pur delineato nelle sue linee di fondo a inizio anno, sia uno strumento "aperto" che si alimenta a mano a mano che sorgono nuove necessità formative, e che le linee dettate dal mandato, per ciò che concerne gli oneri a carico delle Aziende promotrici, siano rispettate.

Altra novità introdotta nella predisposizione del PAF AVEC è stata quella di aumentarne il tempo di validità a 2 anni, nella logica di garantire uno spazio di gestione più consono all'integrazione con le altre iniziative aziendali e regionali portate avanti dai singoli uffici formazione delle aziende.

IL PAF AVEC 2019-2020 è stato articolato in tre sezioni: 1) tematiche di interesse trasversale, con iniziative formative inerenti l'organizzazione e gestione dei servizi e dei processi sanitari, il ruolo e la leadership dei Direttori, le possibili innovazioni dell'organizzazione e valutazione del lavoro, la valutazione del personale, ecc. 2) tematiche di interesse sanitario, come: la formazione care giver, l'appropriatezza prescrittiva, il disaster management, le reti cliniche interaziendali e i PDTA, e di interesse medico-legale come: il consenso informato, la pianificazione condivisa delle cure, le disposizioni anticipate di trattamento, ecc. 3) tematiche di interesse tecnico-amministrativo inerenti il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro dei dirigenti, le violazioni di obblighi concernenti le prestazioni lavorative, i temi della trasparenza e anticorruzione, e alcune novità introdotte nella cultura dell'apprendimento e nelle tecnologie informatiche e di comunicazione.

Rispetto alla programmazione 2019, sono state realizzate le iniziative formative riportate in Tabella. 4 eventi sono stati realizzati da AOUBO, 2 da IOR, 1 da AUSLBO. Tuttavia la pianificazione e progettazione degli eventi hanno visto una stretta interfaccia tra i Responsabili delle strutture coinvolte, in fase di progettazione, ed un valido rapporto di collaborazione dei Responsabili Formazione e dei loro colleghi nella fase di realizzazione. Alcuni eventi programmati per il 2019 saranno effettuati nel 2020.

| Iniziative realizzate PAF AVEC - ANNO 2019 | Organizzazione Provider | TOTALE |
|--|--------------------------------|---------------|
| La Legge 219/2017: dal consenso informato alla pianificazione condivisa delle cure e alle disposizioni anticipate di trattamento | AOU BO | 224 |
| Prevenzione della corruzione nell'area affidamento lavori, servizi e forniture | AOU BO | 85 |
| Prevenzione della corruzione nell'area gestione risorse umane | AOU BO | 68 |
| Codice Appalti: lo Sblocca Cantieri cambia le cose ... approfondiamo | AOU BO | 52 |
| Prevenire e contrastare le molestie e le discriminazioni di genere sul lavoro | IOR | 34 |
| Il Bendaggio e l'Immobilizzazione. Principi teorico pratici d'applicazione, modelli tradizionali ed innovativi | IOR | 24 |
| Giornata della Trasparenza | AUSL BO | 144 |

Formazione sviluppata con il Territorio. Importante è l'integrazione e la collaborazione con le Istituzioni/Strutture/Enti presenti sul Territorio su cui insiste l'AUSL di Imola. A questo proposito sono stati realizzati una serie di eventi formativi che hanno coinvolto le strutture residenziali per anziani e l'ASP sui temi relativi all'area del Rischio clinico, agli aspetti riabilitativi ed assistenziali dell'anziano.

Complessivamente sono state registrate n. 259 partecipazioni che hanno coinvolto Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi e volontari.

| Eventi formazione sviluppata con il Territorio | Tipologia evento | Monte ore | Edizione | Partecipanti |
|--|-------------------------|------------------|-----------------|---------------------|
| SORVEGLIANZA DELL'INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELLE CRA | Gruppi di Miglioramento | 15 | 1 | 3 |
| LA NUOVA PROCEDURA: LA GESTIONE DI PRESIDI PER LA POSTURA E PROTEZIONE NELLE CRA | Formazione Residenziale | 3 | 2 | 96 |
| LA GESTIONE DELLE LESIONI DIFFICILI NELLE CRA: LE LESIONI DA PRESSIONE | Formazione Residenziale | 3 | 2 | 33 |
| LA GESTIONE DEI PAZIENTI COMPLESSI NELLE CRA | Formazione Residenziale | 3 | 2 | 32 |
| AGGIORNAMENTI IN TEMA DI ASSISTENZA FISIOTERAPICA IN CRA: IL PAZIENTE FRATTURATO DI FEMORE E IL PAZIENTE CON INGROMBO BRONCHIALE | Formazione Residenziale | 3 | 1 | 14 |
| LABORATORIO DIDATTICO INTENSIVO SULL'IGIENE DELLE MANI "LA SALUTE NELLE TUE MANI" | Formazione Residenziale | 4 | 3 | 81 |
| TOTALI | | | 11 | 259 |

Rilevante anche l'attività formativa promossa e realizzata per le Scuole di ogni ordine e grado presenti sul territorio e dedicata al personale scolastico (insegnanti, educatori, personale ATA) e dei Centri estivi per la somministrazione di farmaci in orario scolastico in bambini/adolescenti affetti da patologia cronica nel rispetto della normativa vigente. Sono stati realizzati 6 eventi che hanno coinvolto 429 soggetti.

Per quanto riguarda invece il coinvolgimento dei ragazzi frequentanti la scuola secondaria di secondo grado sono stati realizzati due progetti. Il primo ha coinvolto 175 studenti delle classi 5^a dedicato alla sensibilizzazione all'utilizzo dei Defibrillatori automatico esterno. Il secondo percorso intitolato "Un'Alternanza che previene" ricompreso nel progetto di alternanza scuola-lavoro, si è proposto di coinvolgere gli studenti

del Polo Liceale di Imola per eseguire ed aggiornare la mappatura dettagliata dei defibrillatori presenti sul territorio, sia nelle strutture pubbliche che private, effettuando interviste ai responsabili di ciascun dispositivo. L'obiettivo del progetto era di rendere protagonisti i ragazzi, che da un lato mettono a disposizione il loro lavoro nella realizzazione della necessaria mappatura, e dall'altro si formano sul tema divenendo essi stessi attori del percorso di sensibilizzazione ed informazione sul e nel territorio, tramite la metodologia della *peer education*. Il progetto di Alternanza Scuola-Lavoro dell'AUSL di Imola ed approvato dai Sindaci del Comitato di Distretto del Nuovo Circondario Imolese, ha visto la partecipazione nel mese di settembre di 50 studenti delle classi 4° del Liceo di Scienze Umane e del Liceo Classico di Imola che, a seguito di una importante attività formativa, sono stati divisi in piccoli gruppi ed affidati alle 10 Amministrazioni Comunali del circondario per effettuare una prima completa mappatura. Le informazioni raccolte e registrate dai ragazzi saranno fondamentali per aderire alla Rete Cardioprotetta del 118 regionale ed al Progetto DAE 118 ER che, attraverso un'applicazione mobile scaricabile gratuitamente su smartphone e tablet, permette di localizzare i defibrillatori presenti sul territorio e di fornire supporto operativo per il loro utilizzo in caso di emergenza. Si è trattato di un progetto complesso, con problematiche organizzative e logistiche, ma che, con la collaborazione di tutti - Uffici Comunali, Azienda sanitaria e Polo Liceale, insieme a Scuole, Polisportive, Associazioni, Aziende e cittadini che hanno collaborato lasciandosi intervistare dai ragazzi è riuscito a raggiungere l'obiettivo prefissato ed ha permesso ai ragazzi di mettersi alla prova su un'attività di grande responsabilità.

I risultati della Formazione. La valutazione delle attività di formazione continua a livello aziendale si esprime a diversi livelli sulla base del Regolamento della Formazione e delle procedure in essere.

I dati relativi agli indicatori aziendali della Formazione 2019 sono stati presentati al Comitato Scientifico per la formazione ECM, al Collegio di Direzione e discussi con la rete dei Referenti della Formazione.

Report di dettaglio relativi ai dati sulla formazione all'interno del Dipartimento vengono elaborati in coincidenza con i monitoraggi degli obiettivi di Budget e rendicontati per la valutazione degli obiettivi stessi e preventivamente analizzati assieme ai Referenti della Formazione di Dipartimento e ai Direttori di Dipartimento. Il RAF viene presentato al Comitato Scientifico ed al Collegio di Direzione e successivamente il documento viene pubblicato nella pagina intranet dedicata allo Staff Formazione- sezione documenti.

In relazione alle Aree prioritarie individuate dal Collegio di Direzione per l'anno 2019, un primo livello di valutazione riguarda la dimensione quantitativa delle iniziative sviluppate per rispondere agli obiettivi strategici. Per ognuno degli obiettivi strategici identificati nel PAF di riferimento, sono stati, nella Tabella che segue, ricondotti il numero di eventi realizzati, le complessive ore programmate, il numero di dipendenti che hanno frequentato e quindi il numero di ore generato come investimento sui contenuti afferenti all'obiettivo.

| OBIETTIVO STRATEGICO PAF 2019 | N. EDIZIONI realizzate | ore programmate | N. Totale dipendenti Partecipanti | N. ORE totali frequentate |
|--|------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Accreditamento | 6 | 75 | 72 | 852 |
| Rischio clinico (duplice valenza: verso assistiti e operatori) - Governo clinico | 130 | 1.122 | 2.475 | 19.356 |
| INTEGRAZIONE nelle sue molteplici forme | 5 | 90 | 127 | 2.347 |
| Gestione risorse umane per sostenere i ruoli gestionali | 17 | 191 | 326 | 2.570 |
| TOTALI | 158 | 1.477 | 3.000 | 25.125 |

Il 70,6%, pari a ore 25.125 delle complessive ore frequentate (pari a 35.610) dai dipendenti aziendali, è da ricondurre a eventi formativi allineati agli obiettivi strategici. Il 65,6% delle partecipazioni dei dipendenti, pari a n. 3.000 delle complessive n. 4.572 registrate a livello aziendale, è avvenuta sui corsi realizzati per rispondere agli obiettivi strategici.

Gli obiettivi per il 2019 hanno riguardato altresì la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:

- Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4.
- Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3.

Il Piano delle Azioni di miglioramento sviluppato dalla Direzione Generale a seguito della visita di accreditamento del Febbraio 2019, ha permesso di portare velocemente a sistema il percorsi di valutazione della ricaduta della formazione a livello aziendale. Sono state 14 le iniziative formative sottoposte a progettazione di valutazione di impatto sull'organizzazione e le evidenze di dettaglio per ogni evento sottoposto a valutazione, sono agli atti presso lo Staff Formazione ed i risultati sono opportunamente rendicontati all'interno delle relazioni annuali del Dipartimento di afferenza.

Il Provider AUSL di Imola ha ricevuto anche n. 2 visite sul campo di eventi in programmazione da parte dei componenti dell'Osservatorio regionale per la formazione:

- evento dal titolo "Intelligenza emotiva e gestione delle relazioni", visita ricevuta in data 07/02/2019;
- evento "Laboratorio didattico intensivo sull'igiene delle mani "la salute nelle tue mani", visita ricevuta in data 19/06/2019.

Iniziative di Health Literacy. In relazione a quanto previsto dalla Scheda n. 27 "Capirsi fa bene alla salute" in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017, nel corso del 2019 si è sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di Health Literacy sia per quanto riguarda la formazione dei professionisti che di formazione ed orientamento dei cittadini. L'attività formativa realizzata e fruita ha riguardato:

- 1 corso di 4 ore in aula (28/10/19). Partecipanti: 20 operatori (12 infermieri e 8 amministrativi) operanti presso le Case della Salute di Castel San Pietro Terme, Medicina e Vallata del Santerno.
- 1 corso FAD dal 3 dicembre 2019. Al 31.12.2019 risultano aver fruito il corso FAD n. 90 operatori.

- Inserimento di modulo formativo HL nelle attività didattiche del Corso di Laurea in Infermieristica al 2° anno di corso (ore 3) propedeutico alle attività laboratoriali dedicate all'applicazione del processo di Educazione Terapeutica. A seguito di questa opportunità nel 2019 una laureanda ha scelto di svolgere la propria tesi sul tema "I principi della Health Literacy applicati ad un progetto di Educazione Terapeutica alla persona portatrice di gastrostomia endoscopica percutanea", producendo a supporto del percorso educativo un opuscolo sulla gestione della PEG a domicilio. Nella costruzione del materiale è stato applicato quanto tratto dalla letteratura internazionale, è stato sottoposto a validazione di leggibilità (indice di Gulpease) e di comprensione procedendo alla lettura partecipata con 5 caregiver adottando come criteri di inclusione nel campione età, nazionalità diversificata e genere.
- 5 operatori aziendali (Staff Informazione e Comunicazione e Staff Formazione) hanno partecipato alla formazione dei formatori, organizzato dalla Regione Emilia Romagna il 27 e 28 maggio 2019 al fine di ampliare le competenze disponibili in Azienda per l'attività di docenza nei corsi aziendali attivati sul tema.

Per quanto concerne il Materiale informativo, il numero di opuscoli/documenti prodotti o revisionati in modalità partecipata sono stati 6 (Opuscoli PDTA mammella, PDTA colon retto, PDTA stroke, Scopenso Cardiaco, Carta dei Servizi Percorso Nascita, Care Givers).

Il Wayfinding (favorire l'orientamento nelle strutture) in termini di attenzione agli strumenti per l'orientamento dei cittadini nelle strutture sanitarie è un tema costantemente monitorato dal CCM aziendale, che sul tema ha partecipato ad una specifica formazione da parte del CRIBA insieme ai referenti degli uffici tecnici e della comunicazione. Nel 2019 si è reso necessario migliorare la visibilità e la comprensione della segnaletica presso gli Ambulatori di continuità assistenziale, anche provvedendo a rinnovare la segnaletica stradale esterna all'Azienda.

Nell'ambito delle connessioni con altri progetti regionali si segnala quanto segue:

- Per la costruzione della carta del servizio del Percorso Nascita (obiettivo di miglioramento AGENAS) è stato istituito un gruppo di lavoro che ha visto partecipare i professionisti aziendali di Consultorio Familiare, UOC Ostetricia e Ginecologia, responsabile URP/Equità e responsabile Staff Informazione e Comunicazione, un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, 2 rappresentanti del Comitato consultivo misto, 1 mediatrice linguistica culturale, 1 volontaria del progetto Donne che aiutano Donne, 2 neo mamme che avevano appena terminato il percorso. Il gruppo allargato ha costruito e condiviso i contenuti della carta durante un incontro plenario estremamente proficuo. Quanto definito dal gruppo è quindi stato sottoposto ad un gruppo ristretto Responsabile URP/Equità, Responsabile Comunicazione, Coordinatrice Ostetriche, 2 membri CCM e 1 neo mamma che hanno effettuato la lettura partecipata e applicato la scheda Equia, condividendo anche le modalità di distribuzione della carta.
- La lettura partecipata dell'opuscolo dedicato ai Caregivers è stata effettuata direttamente nell'ambito del corso per caregivers organizzato da AUSL ed ASP (scheda 5 PSSR). La bozza dell'opuscolo è stata consegnata a tutti i partecipanti per una prima lettura a casa e nell'incontro successivo si è proceduto alla lettura partecipata e alla raccolta dei rilievi dei partecipanti che sono stati alla base delle revisioni prima della stampa definitiva.

- In generale, stante l'organizzazione aziendale che vede in un unico servizio la responsabile HL/Comunicazione e la responsabile Equità/Qualità Percepita/URP, tutte le azioni dei progetti regionali di competenza vengono discusse ed integrate ogni qualvolta possibile, con la partecipazione o la supervisione del CCM.

3.2 Area dello sviluppo organizzativo

Valorizzazione del capitale umano

La valorizzazione del "capitale umano" anche nel 2019 si è concretizzata in alcuni percorsi organizzativi, già avviati in Azienda negli ultimi anni, che mirano a creare un diverso approccio nella gestione del capitale professionale. La valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze, la qualità e la sicurezza del lavoro, sono valori assoluti e rappresentano aspetti, che hanno un grande valore a livello di gestione del personale e di performance aziendale. Formazione dei dipendenti, Sicurezza sul lavoro, Valutazione del personale, sono ambiti di lavoro ed approfondimento, che hanno visto negli ultimi anni un particolare impegno a livello aziendale di seguito rendicontato.

Sicurezza del lavoro

Sorveglianza sanitaria e malattie professionali. I lavoratori aziendali, sulla base della valutazione dei rischi e delle mansioni effettivamente svolte, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria con la periodicità e gli accertamenti strumentali previsti dal protocollo sanitario redatto dal medico competente - autorizzato.

Nel 2019 i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria sono stati 900. Le tipologie di visite effettuate rispecchiano quanto previsto da D.Lgs 81/08. Infatti sono state 390 le visite periodiche effettuate, le visite preventive 269, 127 lavoratori sono stati visti come visita preventiva pur non essendo dipendenti diretti dell'azienda (per lo più tirocinanti di corsi di laurea universitari), 4 sono le visite preventive inerenti la radioesposizione, 57 visite sono state su richiesta del lavoratore e 53 sono quelle per assenza superiore ai 60 giorni.

| Attività di sorveglianza | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Var. | Var % |
|--|------|------|------|------------|------|-------|
| N° visite effettuate | 680 | 804 | 808 | 900 | 92 | 11,4% |
| N° visite periodiche | 216 | 238 | 265 | 269 | 4 | 1,5% |
| N° viste preventive + visite a richiesta | 464 | 363 | 399 | 453 | 54 | 13,5% |

Andamento del fenomeno infortunistico. Sia gli infortuni che le malattie professionali vengono denunciati on line e per gli infortuni a rischio biologico è attiva una procedura specifica interaziendale provinciale pubblicata nel sistema qualità. L'analisi dell'andamento complessivo è effettuata su base annuale, per quantificare il fenomeno e analizzare luoghi e modalità di accadimento.

Per la prevenzione degli infortuni a rischio biologico l'Azienda ha proseguito l'addestramento per l'utilizzo degli aghi di sicurezza, la completa conversione degli aghi e taglienti con aghi di sicurezza è avvenuta durante l'anno 2017. Per la prevenzione del rischio da movimentazione manuale paziente sono stati istituiti corsi di formazione specifici per l'addestramento relativo all'utilizzo di ausili per la movimentazione manuale dei pazienti già precedentemente installati nei servizi ospedalieri.

Gestione delle Emergenze. In alcune strutture aziendali sono state pianificate ed attuate esercitazioni per la gestione della emergenza incendio che hanno permesso di testare, pur con i limiti della simulazione, le procedure definite nel Piano di Emergenza Interno, verificando le sinergie d'intervento e mettendo alla prova la capacità di azione e di reazione delle diverse figure coinvolte. A seguito delle esercitazioni sono stati aggiornati alcuni aspetti del Piano di Emergenza Interno.

Il totale infortuni denunciati è lievitato per un cambiamento nella modalità di denuncia degli infortuni, dettata da una nuova determinante normativa che contempla anche le comunicazioni di infortunio.

| Sorveglianza sanitaria | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Lavoratori assicurati INAIL | 1.755 | 1.737 | 1.787 |
| Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria | 1.730 | 1.730 | 1.730 |
| Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento | 804 | 808 | 815 |
| Lavoratori idonei alla mansione specifica | 520 | 517 | 630 |
| Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica) | 8 | 10 | 49 |
| Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica) | 9 | 15 | 207 |
| Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica | 13 | 15 | 11 |
| Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica | 2 | 5 | 3 |
| Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici | 37 | 90 | 40 |
| Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici | 15 | 0 | 37 |
| Infortuni a matrice biologica | 51 | 36 | 44 |
| Totale infortuni denunciati | 103 | 90 | 121 |
| Totale di giornate di assenza per infortunio | 1.274 | 2.707 | 1.268 |

Sistema di valutazione individuale della performance

L'AUSL di Imola negli ultimi anni, in attuazione degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR in particolare dalla delibera n. 5/2017, ha definito un nuovo Sistema di valutazione integrato della performance e delle competenze del personale, che ha visto la sua formalizzazione con l'approvazione di un nuovo regolamento aziendale di cui alla deliberazione DG 136 del 22.6.2018. Alla luce del nuovo regolamento, allo stato attuale presso l'AUSL di Imola tutto il personale della dirigenza e del comparto viene sottoposto a valutazione annuale della performance e relativamente al personale dirigente e al comparto titolare di posizione funzionale anche di valutazione di incarico.

Sempre in ossequio della delibera OIV-SSR n. 5/2017 e con l'obiettivo di darne piena attuazione, l'Azienda ha adottato un "Piano di avvicinamento", attraverso il quale sono state declinate le tempistiche entro le quali portare a regime l'intero sistema della valutazione del personale. Il Piano è stato trasmesso per l'approvazione ai competenti Uffici regionali e all'OIV-SSR con nota prot. 38762 del 12.12.2018 ed è stato sottoposto a periodici monitoraggi in ordine al suo stato di avanzamento.

L'anno 2019, anche a seguito di successivi indirizzi dettati dall'OIV-SSR con nota prot. 35973 del 21.11.2018, ha visto anticipata, rispetto a quanto programmato nel Piano di avvicinamento, l'estensione a tutto il personale del comparto della valutazione individuale della performance legata all'incentivazione della produttività, attraverso l'utilizzo del programma GRU.

A tal fine in data 4 aprile 2019 è stato sottoscritto un accordo con le OO.SS. che ha previsto, a partire dall'anno 2019, la valutazione della performance individuale del personale del comparto con decorrenza dall'anno 2018. A seguito dell'accordo con le OO.SS. si sono definiti gli strumenti e le modalità di valutazione e si è effettuata un'intensa attività di informazione/formazione che nei mesi di maggio e giugno 2019 ha visto coinvolto tutto il personale sia in qualità di valutatori che di valutati e ha permesso entro la data programmata del 30 settembre 2019 di concludere l'intero percorso di valutazione e provvedere al pagamento dei saldi del salario incentivante.

In linea con quanto previsto nel "Piano di avvicinamento" nel 2019 si sono anche portate a regime le seguenti procedure:

- validazione preventiva e valutazione consuntiva da parte dell'OAS dei progetti straordinari incentivanti;
- valutazione del periodo di prova degli incarichi di Struttura complessa;
- superamento di ogni forma di "acconto periodico" nel pagamento degli incentivi. A partire dal 2019 il pagamento degli incentivi al personale viene effettuata sulla base della valutazione, per stati di avanzamento, del grado di raggiungimento di obiettivi strategici previamente definiti a livello aziendale.

Nel 2019, pertanto, l'AUSL di Imola ha pienamente rispettato ed attuato quanto previsto nel "Piano di avvicinamento", raggiungendo, come certificato dall'OIV-SSR, un livello del 94% di realizzazione complessiva del Piano.

4. Dimensione di performance della sostenibilità

4.1 Area economico-finanziaria

Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

L'AUSL di Imola ha garantito una corretta gestione economico-finanziaria nella piena osservanza dei principi contabili dettati in materia sanitaria. La gestione nel suo complesso è stata orientata alla razionalizzazione e contenimento della spesa secondo gli indirizzi di programmazione regionali, senza con ciò pregiudicare la piena erogazione dei LEA.

Si è assolto all'obbligo del costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico finanziario con cadenza bimestrale ed in corrispondenza della predisposizione dei CE trimestrali.

Sono state presentate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 attestanti la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

La gestione economico-finanziaria è sempre risultata in linea con le previsioni di preventivo garantendo l'obiettivo del pareggio di bilancio di fine esercizio.

Il Collegio Sindacale ha provveduto a trasmettere al Direttore generale, alla Regione e alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, la relazione sull'andamento del bilancio preventivo economico 2019 dell'AUSL di Imola prevista dall'art. 19 della LR 16/07/2018, n. 9.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR. Dall'esame dell'attestazione dei tempi di pagamento prevista dall'art. 41 del DL n. 66/2014 si rileva che a fronte di un importo complessivo di pagamenti effettuati in ritardo per € 48.343.554, mediamente le transazioni commerciali sono state pagate solo 6 giorni dopo la scadenza. Questo deriva dal fatto che le fatture vengono pagate per lotti che comprendono fatture dello stesso fornitore con diverse scadenze di cui alcune anteriori e altre posteriori rispetto alla data di pagamento. Negli ultimi anni i pagamenti erano sempre stati effettuati mediamente prima della scadenza, solo quest'anno c'è stato un ritardo nei primi mesi dell'anno dovuto alla modifica della procedura contabile, che è stato recuperato nel quarto trimestre in cui i pagamenti sono stati effettuati mediamente 11 giorni prima della scadenza.

L'AUSL di Imola, assieme ad un primo gruppo di altre Aziende sanitarie regionali, dal 1° gennaio 2019 ha iniziato ad utilizzare il nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC). Il progetto, che si inserisce in un contesto di riferimento molto complesso, ha richiesto un particolare impegno anche in ragione delle difficoltà in fase di avvio, non solo legate all'implementazione del nuovo software. Le difficoltà legate al cambiamento del software hanno generato problematiche con particolare riferimento alle fasi del ciclo passivo quali la registrazione, il controllo e la liquidazione delle fatture, che hanno determinato un ritardo nei pagamenti dei fornitori di beni e servizi del SSR. Tale situazione nel secondo semestre dell'anno, grazie all'impegno profuso dalla struttura, è stata recuperata e riportata alla normalità.

L'indicatore dei tempi di pagamento nell'anno 2019, monitorato su InSiDER nel Piano Performance 2018-2020, risulta mediamente pari a 6 giorni per le ragioni sopra esposte:

- (**IND220**) "Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti". Per l'Ausl di Imola nel 2019 il tempo medio dei pagamento risulta pari a 6 giorni. Nel 2018: -5 giorni e nel 2017: -9 giorni.

Al fine di evitare ritardi dei pagamenti dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi della registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture, l'Azienda ha stabilito tempi tassativi per le seguenti fasi del ciclo passivo come segue:

- Registrazione nel programma gestionale di contabilità delle fatture entro 10 giorni effettivi dall'arrivo;
- Liquidazione o contestazione della fornitura e invio informatico dei documenti all'U.O. Contabilità e Finanza per il pagamento entro 45 giorni dall'arrivo;
- Liquidazione almeno 5 giorni prima della scadenza per le fatture che hanno scadenza inferiore a 60 giorni;
- Pagamento entro la scadenza delle singole fatture o della media delle scadenze delle fatture del singolo fornitore;
- Stampa periodica di un report per la verifica dei tempi di liquidazione delle fatture.

Nel 2019 l'Azienda ha proseguito nel progetto SIOPE+ volto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle PA, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico, già presente da diversi anni in azienda e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

Le buone pratiche amministrativo-contabili. Nel corso del 2019 l'AUSL di Imola, in osservanza delle Linee Guida regionali, ha proseguito nel lavoro rivolto al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci attraverso:

- una accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) garantendo la coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio;
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Parimenti è stata assicurata 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 in tutte le sessioni previste e nel rispetto delle scadenze prestabilite.

L'Azienda, che nel 2018 ha aderito al Progetto "AUDIT Area Metropolitana di Bologna", nel 2019 ha garantito la propria partecipazione al progetto del "Sistema di Audit interno" nelle Aziende Sanitarie avviato su iniziativa regionale, ai sensi della legge n. 9/2018. Nel 2019 la Regione ha avviato un corso formativo per l'attivazione della Funzione di Audit interno, che ha visto la partecipazione anche di dirigenti della AUSL di Imola dell'Area Bilancio, Programmazione e Controllo Direzionali, Nucleo Operativo Accreditamento/Qualità e Anticorruzione-Trasparenza, nonché la costituzione di un gruppo di lavoro regionale con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione.

Governo delle risorse umane

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative l'Azienda ha garantito una proficua e significativa collaborazione alla Regione Emilia Romagna nelle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale. In particolare vi è stata una importante partecipazione nell'ambito dei gruppi tecnici costituiti per definire le modalità applicative del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Sanitaria 2016-2018.

Il medesimo impegno e fattiva collaborazione sono stati garantiti per le attività di supporto relative all'implementazione del progetto "Gestione Informatizzata Area Amministrativa Contabile" (GAAC).

L'AUSL di Imola è stata, inoltre, costantemente impegnata nella partecipazione a Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta su argomenti inerenti le politiche del personale, la gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, ecc.

In esito alla previsione delle linee guida regionali che davano indicazioni in ordine all'effettuazione di concorsi per il Comparto almeno a livello di Area Vasta, nel 2019 le Amministrazioni di AVEC hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la gestione congiunta dei concorsi pubblici da espletarsi nel 2019 e 2020.

L'esperienza è stata positiva sia per la tempistica che ha consentito alle aziende di avere contestualmente disponibili più graduatorie di concorso pubblico, obiettivo altrimenti non raggiungibile nei tempi necessari, sia in considerazione della previsione nei relativi bandi della disponibilità di graduatorie differenziate per azienda che consente poi la gestione separata delle assunzioni, con tempistiche previste a seconda delle specifiche esigenze, e non da ultimo in considerazione dei costi conseguenti alla gestione di concorsi che per questi profili comportano un consistente numero di partecipanti.

Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP). Con deliberazione del Direttore Generale n. 236 del 25/10/2019 l'Azienda ha adottato il "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale relativo al triennio 2019-2021" nel rispetto delle disposizioni normative e delle indicazioni regionali in materia, rispettando la tempistica prevista. Nel corso del 2019, in particolare si è proceduto alle seguenti assunzioni:

- n. 48 medici di cui 17 stabilizzazioni.
- n. 2 veterinari.
- n. 4 unità della dirigenza sanitaria.
- n. 2 unità della dirigenza PTA, di cui 1 stabilizzazione.
- n. 173 unità di personale del comparto sanitario e tecnico addetto assistenza (121 infermieri di cui 2 stabilizzazioni; 31 OSS; n. 2 personale della prevenzione, n. 19 di cui 2 stabilizzazioni di personale tecnico sanitari, n. 2 operatore tecnico specializzato autista di ambulanza).
- n. 19 comparto tecnico non addetto assistenza.
- n. 16 personale amministrativo nel profilo di coadiutore amministrativo, di cui 1 inquadramento per limitazioni funzionali.

Complessivamente le assunzioni nel 2019 sono state di n. 234 unità e di n. 24 stabilizzazioni per un totale netto di n. 258 assunzioni, contro 176 assunzioni nell'anno 2018. A consuntivo le unità cessate sono risultate essere n. 201, con un incremento in percentuale di circa il 28% delle assunzioni rispetto alle cessazioni.

Per quanto attiene le strutture complesse si precisa che delle 17 strutture complesse vacanti dal 2014 al 2019 solo n. 9 sono state oggetto di richiesta di autorizzazione e relativa copertura. Nel Piano triennale dei Fabbisogni del Personale 2019-2021, è stato inoltre prevista la richiesta di autorizzazione di ulteriori 4 incarichi per il periodo 2019/2021 mentre è in corso la procedura per la copertura del posto di Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia.

Applicativo regionale WHR-TIME per la Formazione. Nell'ambito della valorizzazione del Sistema sanitario e del Personale, nel 2019 si è proseguito nell'utilizzo del nuovo applicativo RER WHR-TIME per la Formazione. Per un approfondimento dell'attività di formazione aziendale si rimanda al precedente capitolo "Area ricerca e didattica" paragrafo "Formazione aziendale".

Lo Staff Formazione ha pertanto proseguito nella manutenzione evolutiva dell'applicativo, implementando tutte le funzionalità rese disponibili, garantendo la costante partecipazione agli incontri periodici pianificati dal gruppo regionale insediato per tale finalità. Allo stato attuale oltre l'attività di addestramento del personale utilizzatore, le azioni di miglioramento sull'applicativo WHR TIME Formazione hanno riguardato:

- sviluppo sezione per il caricamento del PAF,
- iscrizioni on-line per interni e per esterni (compresi i MMG),
- deposito attestati nel Portale (per interni ed esterni),
- questionario gradimento evento e docenti,
- passaggio automatico agli stipendi costi Formazione interna ed esterna,
- sviluppo estrazioni per reportistica.

"Carta di Identità" del personale. Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2019, risultano complessivamente 1.952, registrando rispetto al 2018 un incremento pari a +46 unità. In tabella, il confronto con l'anno precedente, evidenzia un incremento di personale dipendente pari a +54 unità e una diminuzione di contratti libero professionali del 50% (-8 unità su 16).

| Tipologia contrattuale | 2017 | 2018 | 2019 | Var ass. 2016 - 2017 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Dipendente | 1.758 | 1.733 | 1.787 | 54 |
| Convenzionato* | 161 | 157 | 157 | 0 |
| Contratti libero-professionali | 18 | 16 | 8 | -8 |
| TOTALE | 1.937 | 1.906 | 1.952 | 46 |

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

Il personale convenzionato è così suddiviso: Medici Medicina Generale (92), Pediatri di Libera Scelta (21), Medici di Continuità Assistenziale (12), Medici Specialisti Ambulatoriali (28) e Psicologi Ambulatoriali (4).

In Tabella si riporta la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con evidenza delle variazioni assolute e % rispetto all'anno precedente.

| Categorie personale dipendente | 2017 | 2018 | 2019 | Var 2018-2019 | Var % 2018-2019 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------------|
| DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI | 274 | 270 | 267 | -3 | -1,1% |
| ALTRI DIRIGENTI SPTA | 59 | 53 | 54 | 1 | 1,9% |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 766 | 771 | 811 | 40 | 5,2% |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 119 | 121 | 123 | 2 | 1,7% |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | 226 | 212 | 228 | 16 | 7,5% |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 179 | 173 | 176 | 3 | 1,7% |
| ALTRO PERSONALE | 135 | 133 | 128 | -5 | -3,8% |
| TOTALE | 1.758 | 1.733 | 1.787 | 54 | 3,1% |

Si nota come l'incremento sopra menzionato interessi in modo particolare il personale infermieristico (+40 unità) e il personale OSS / Ausiliari (+16 unità). Si rileva inoltre un incremento di personale tecnico sanitario (+2 unità) e di personale amministrativo (+3 unità).

La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola conferma, come negli anni scorsi, un ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata (numero basso under 35: 13,8%) e una massima concentrazione nelle classi 45-54 (35,6%) e 55-64 (31,1%). La distribuzione per genere si conferma con una netta maggioranza di personale femminile (78,6%).

| Personale dipendente | Sesso | | classi di età | | | | | TOT. |
|-----------------------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|------------|-----------|--------------|
| | F | M | < 35 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | >=65 | |
| DIR. MEDICI E VETERINARI | 156 | 111 | 19 | 101 | 50 | 88 | 9 | 267 |
| DIRIGENTI SPTA | 39 | 15 | | 7 | 24 | 22 | 1 | 54 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 708 | 103 | 188 | 128 | 343 | 152 | | 811 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 30 | 16 | 21 | 27 | 36 | 38 | 1 | 123 |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | 207 | 31 | 10 | 44 | 87 | 84 | 3 | 228 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 154 | 22 | 4 | 15 | 45 | 111 | 1 | 176 |
| ALTRO | 111 | 84 | 4 | 11 | 52 | 60 | 1 | 128 |
| Totale | 1.405 | 382 | 246 | 333 | 637 | 555 | 16 | 1.787 |
| % | 78,6% | 21,4% | 13,8% | 18,6% | 35,6% | 31,1% | 0,9% | 100,0% |

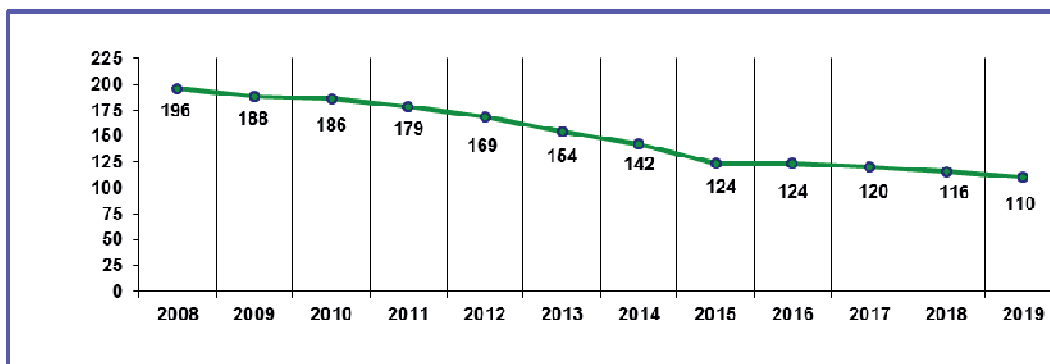
La Tabella di seguito riportata suddivide il personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

| Personale dipendente | OSPEDALE | DISTRETTO | SANITA' PUBBLICA | SERVIZI GENERALI | Totale |
|-----------------------------|--------------|------------|---------------------|---------------------|--------------|
| DIR. MEDICI E VETERINARI | 213 | 31 | 18 | 5 | 267 |
| DIRIGENTI SPTA | 8 | 13 | 1 | 32 | 54 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 615 | 156 | 20 | 20 | 811 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 75 | 27 | 17 | 4 | 123 |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | 177 | 42 | | 9 | 228 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 22 | 44 | 11 | 99 | 176 |
| ALTRO | 28 | 9 | | 91 | 128 |
| Totale | 1.138 | 322 | 67 | 260 | 1.787 |
| % | 64% | 18% | 4% | 15% | 100% |

Riguardo al personale dipendente che usufruisce del part time, in Tabella si rappresentano le unità di personale suddivise per categoria, tipologia del part time e genere.

Il Grafico mostra invece il trend degli ultimi dieci anni con evidenza di una progressiva e costante diminuzione dei part-time in azienda.

| Part-Time | PT Orizzontale | | PT Verticale | | TOT. |
|-----------------------------|----------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | M | F | M | F | |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 1 | 47 | | 16 | 64 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | | 7 | | 2 | 9 |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | | 10 | | 4 | 14 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | | 12 | | 4 | 16 |
| ALTRO | | 4 | 2 | 1 | 7 |
| Totale | 1 | 80 | 2 | 27 | 110 |



4.2. Area degli investimenti

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

Gestione del Patrimonio Immobiliare ed investimenti

Gli investimenti. Per quanto riguarda gli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum", nel corso del 2019 è stato aggiudicato l'intervento APb20 la cui presa d'atto è avvenuta con la Deliberazione aziendale n. 150 del 08/07/2019, inviata in Regione con PG n. 22567 del 09/07/2019, nel rispetto della tempistica prevista (02/09/2019). Nel 2019 sono state inoltre trasmesse le richieste di liquidazione a saldo dei finanziamenti assegnati a interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultavano ancora a residuo per i seguenti interventi:

- Intervento AP47 "intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungodegenza ospedale di Imola" Accordo di programma ex art.20 Legge 67/88 – IV fase – 2° Stralcio. Nota a saldo con PG n. 40114 del 19/12/2019.
- Intervento AP48 "Realizzazione Casa della Salute presso il Polo Sanitario di Castel San Pietro Terme – 1° stralcio", Accordo di programma ex art.20 Legge 68/99 – IV Fase 2° Stralcio. Nota a saldo con PG n. 40237 del 20/12/2019 sostituita per errore materiale nel testo da PG n. 586 del 09/01/2020.

Si è provveduto alla trasmissione nei tempi prestabiliti della documentazione necessaria per la predisposizione del Documento programmatico del prossimo Accordo di programma (proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988). Si evidenzia inoltre il rispetto della tempistica prevista da INAIL nel caso di interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, commi 602 e 603, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232.

Prevenzione incendi e sismica. Si è provveduto ad aggiornare i dati, al fine della loro correttezza e al rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale, sulla prevenzione incendi e sismica per gli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), in coerenza con la pianificazione degli investimenti, oltre che sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.

Sono state realizzate azioni di miglioramento sismico negli edifici (definiti strategici ai sensi DGR 1661/2009) secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" emanate dalla Regione Emilia-Romagna (marzo 2018).

Manutenzione. Come previsto dalla DGR di programmazione, questa Azienda ha effettuato il monitoraggio della manutenzione ordinaria delle strutture ospedaliere previste dal progetto AGENAS "Monitoraggio manutenzione ordinaria" partecipando agli incontri regionali ed inserendo i dati richiesti nella piattaforma predisposta da AGENAS. Per quanto riguarda le strutture territoriali si è proceduto alla comunicazione dei dati tramite le procedure regionali.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale. In riferimento all'uso razionale dell'energia, stante che dall'Agosto 2014 l'Agenzia delle Dogane ha riconosciuto alle strutture sanitarie l'applicazione dell'accisa industriale per il consumo del gas naturale utilizzato per la produzione di acqua calda per riscaldamento, per

il 2019 l'AUSL di Imola ha mantenuto questa caratteristica per i contratti GAS Naturale che ha sottoscritto nell'ambito delle convenzioni Intercent-ER ed ha monitorato il mantenimento della tariffa industriale per il Teleriscaldamento dalla rete di Hera.

Con decorrenza 01/07/2019, la AUSL di Imola ha aderito alla Convenzione Intercent-ER "Multiservizio di manutenzione degli immobili in uso alle Aziende Sanitarie 2- lotto 1, per cui le utenze gas naturale sono state volturate alla ditta REKEEP nell'ambito della Gestione fonti energetiche della stessa convenzione, in tale ambito è impegno del RTI, assegnatario dell'appalto, l'ottimizzazione dei consumi sia di Gas naturale sia di Teleriscaldamento, monitorati dall'Ufficio tecnico aziendale.

Alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione ed in particolare al Servizio Strutture Sanitarie e Sociosanitarie vengono regolarmente fornite dall'Energy manager delle Aziende sanitarie dell'Area metropolitana, le informazioni richieste (nel formato elaborato e condiviso nel tavolo regionale del gruppo energia) e tutti i dati necessari al monitoraggio dei fabbisogni energetici delle strutture Aziendali.

L'Energy Manager, inoltre, partecipa attivamente ai lavori del gruppo regionale energia.

In applicazione delle disposizioni regionali, l'AUSL di Imola ha attivato azioni manutentive agli impianti e agli immobili per un uso più razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, armonizzate con le indicazioni dell'Energy Manager unico delle AA.SS. della Area Metropolitana di Bologna, tra le quali:

- Mantenimento dei sistemi di rifasamento (sia dinamici-adattativi, sia fissi) nelle cabine elettriche degli immobili aziendali con fattore di potenza superiore a 0,95 (Cos fi) per contenere le perdite di rete per effetto joule sia nelle reti del Distributore locale di Energia Elettrica, sia nelle Reti MT private-aziendali.
- Rifacimento di alcune dorsali principali del teleriscaldamento per il Presidio Sanitario Città di Imola e delle tubazioni della climatizzazione estiva con adeguato isolamento termico in conformità alle norme in vigore, allo scopo di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici migliorando progressivamente l'efficienza energetica.
- Sostituzione di impianti VRV con nuovi impianti aventi migliore rendimento energetico (COP) presso edifici del Presidio Sanitario Città di Imola.
- Installazione di nuovi regolatori, con oneri a carico del Multiservizi, per la compensazione della temperatura dell'acqua di mandata, con tele gestione da remoto, nelle centrali e sotto centrali dell'impianto di riscaldamento per il presidio "Luigi Lolli", la Medicina riabilitativa presso l'immobile Silvio Alvisi, la Casa della salute della Vallata e il Magazzino Economale e farmaceutico.
- Adozione standardizzata di soluzioni innovative (sorgenti a led, dimmerizzazione, automazioni, ecc.) nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti e degli ambulatori e illuminazione a LED delle aree esterne e di parcheggio dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola.

Riguardo alle misure volte all'uso razionale dell'energia ed alla corretta gestione ambientale si è proseguito con le attività, promosse dalla Regione Emilia Romagna quali: il monitoraggio e la sensibilizzazione sullo spegnimento (fuori orario di servizio) dei PC aziendali, le azioni di informazione, la raccolta di segnalazioni tramite il progetto "Io spengo lo spreco". Inoltre, con la raccolta periodica dei dati di lettura dei contatori di acqua, gas e il rilievo periodico e sistematico delle temperature di climatizzazione estiva ed invernale ha

garantito una corretta fatturazione ed un monitoraggio delle dispersioni o degli eccessivi consumi per guasti o cattiva regolazione.

Gestione dei rifiuti sanitari. Le attività di controllo della produzione di rifiuti condotte nel corso del 2019 hanno riguardato:

- Mantenimento di iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per la corretta gestione ambientale previsti negli incontri di UO/Servizi e Comitati di Dipartimento.
- Corso obbligatorio "Rischi specifici per gli operatori sanitari", formazione aziendale che ha coinvolto 200 operatori con lo scopo di identificare i comportamenti appropriati in merito alla gestione dei rifiuti sanitari.
- Controlli pianificati dai coordinatori con segnalazione delle azioni correttive in particolare nelle aree critiche.
- Monitoraggio costante della produzione attraverso il flusso delle informazioni per la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti.

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI). Si è proceduto al censimento dei Complessi Immobiliari (CI) con rilevazione degli attributi come da indicazioni regionali e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate e al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC), mediante raccolta dati attivata con sistema informativo regionale.

Tecnologie biomedicali. Per quanto riguarda gli indicatori in ordine all'assolvimento del debito informativo alla Regione in materia di Tecnologie Biomediche, l'AUSL di Imola ha garantito, attraverso il servizio di Ingegneria Clinica, l'invio del flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche, secondo la tempistica prevista.

Tutti i flussi NSIS-GrAP (ministeriale) e Flusso OT (regionale) sono stati inviati secondo le scadenze prestabilite. In riferimento alle tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 che devono essere sottoposte a istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB, si informa che nel corso del 2019 non sono state previste acquisizioni che hanno richiesto l'istruttoria preliminare all'acquisizione. La media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature installate e utilizzate nell'AUSL di Imola è di 7,8 anni e quindi nel rispetto del target previsto (< 8 anni).

Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA). Con atto n.157 del 21 settembre 2017, in sede di conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, è stata sancita l'Intesa sul documento strategico per l'Health Technology Assessment dei dispositivi medici, definito Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM), volta a sostenere la rete nazionale di collaborazione tra le regioni per la definizione e l'utilizzo di strumenti per il governo delle tecnologie sanitarie e per l'HTA, favorendo lo sviluppo di un modello istituzionale di HTA che garantisca l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del SSN per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza e della salute dei cittadini.

Il documento strategico, predisposto dalla Cabina di Regia, di cui la Regione Emilia-Romagna è componente, prevede ed illustra le fasi del PNHTADM nelle quali sono parti attive le regioni e le loro aziende sanitarie.

Al Capitolo 3 del documento strategico, "Segnalazione e prioritizzazione delle tecnologie da valutare con procedure HTA", si prevede che le proposte di valutazione delle tecnologie innovative possano essere avanzate alla Cabina di Regia, tra gli altri, dalle aziende sanitarie e dai professionisti del SSN per il tramite delle Regioni. Le Aziende Sanitarie devono pertanto garantire attiva partecipazione ai processi di segnalazione delle tecnologie sanitarie, con il pieno e diretto coinvolgimento dei professionisti, dei pazienti e dei cittadini e loro associazioni, al fine di garantire che il PNHTADM sia strumento di raccolta e presa in considerazione delle istanze di tutti i soggetti appartenenti al SSR, nel rispetto delle regole di accessibilità e trasparenza. Le segnalazioni dovranno essere effettuate tramite il sistema di notifica predisposto da Agenas, previa approvazione della Commissione dei Dispositivi Medici di Area Vasta di riferimento e comunicazione alla Commissione Regionale per i Dispositivi Medici.

Con tale premessa la DGR 977/2019 sintetizza quanto richiesto alle aziende sanitarie come di seguito:

- Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione.
- Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione.
- Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.

L'AUSL di Imola ha garantito, attraverso un dirigente farmacista, la collaborativa partecipazione alla Commissione DM di Area Vasta Centro, competente a valutare le nuove tecnologie da introdurre nelle aziende sanitarie. Le eventuali proposte di nuovi DM vengono fatte attraverso portale Web dedicato (<http://htadm.agenas.it/>) messo a disposizione a livello regionale.

Consuntivo Investimenti. Nell'ambito del Dipartimento Amministrativo e Tecnico viene garantita la realizzazione del Piano Investimenti in termini di interventi strutturali, ammodernamento delle tecnologie biomediche, tecnologie informatiche e azioni di sviluppo ICT, nonché in riferimento all'area tecnico-economale, secondo le priorità di intervento e la programmazione economico-finanziaria. La realizzazione del Piano investimenti 2019 viene rappresentata nella tabella seguente che ne evidenzia il dettaglio, suddividendo le voci relative ai "Lavori" e ai "Beni immobili e altre immobilizzazioni immateriali".

| Dettaglio investimenti realizzati | Valore |
|--|------------------|
| Lavori - anno 2019 | |
| Interventi di manutenzione straordinaria per la sicurezza degli immobili aziendali | 608.299 |
| Lavori di adeguamento normativo per la sicurezza degli impianti Ospedalieri | 59.977 |
| Intervento di manutenzione straordinaria reparto di Geriatria-Lungodegenza ospedale di Imola | 26.136 |
| Lavori 5° piano ospedale di Imola per nuovo impianto rilevazione incendi e chiamata infermieri- sostituzione pavimento | 148.122 |
| Realizzazione Casa della Salute presso Polo Sanitario CSPT- 1°stralcio intervento AP.48 (programma straordinario investimenti in Sanita' ex art.20 L.67/88- 4°fase secondo stralcio | 941 |
| Interventi miglioramento sicurezza nei presidi ospedalieri dell'AUSL di Imola - intervento APb.20 - Antincendio Casa della salute Castel S. Pietro T. | 382.908 |
| Realizzazione nuovo Punto prelievi presso Casa della Salute di Medicina - Finanziamento del Comune di Medicina | 119.565 |
| Installazione elevatore e opere interne puntuali di manutenzione straordinaria presso Pad.6 presidio Lollì-Centro Raccolta sangue - Finanziamento da AVIS | 41.566 |
| Lavori per adeguamento antincendio poliambulatorio Citta di Imola | 10.443 |
| Totale lavori | 1.397.958 |
| Beni immobili e altre immobilizzazioni immateriali - anno 2019 | |
| Acquisto beni tecnici urgenti e indispensabili e/o in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi | 14.012 |
| Sostituzione e rinnovo per ammodernamento parco tecnologie sanitarie obsolete e non più manutenibili o alti costi di manutenzione | 407.138 |
| Nuovo Sistema Gestionale Risorse Umane (GRU) - Manutenzione Evolutiva 2017-2021 e configurazione, installazione del sistema GAAC, Deployment e Attivazione, Licenze d'uso | 78.287 |
| Sostituzione HW per la stampa obsoleto non più manutenibili o alti costi di manutenzione e sostituzione HW di rete obsoleto non più manutenibili o alti costi di manutenzione | 22.952 |
| Ammodernamento tecnologico informatico SW Sanitario urgente e indispensabile per adeguamenti normativi regionali e nazionali e aggiornamenti necessari al funzionamento dei servizi sanitari e delle integrazioni con gli applicativi AVEC o di Area Metropolitana e sostituzione PC fissi e portatili con sistema operativo Windows XP non più supportato | 135.056 |
| Acquisto arredi e beni economici, indispensabili, in sostituzione dei fuori uso e arredi, beni economici, automezzi, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi | 56.745 |
| Acquisto arredi e beni economici, indispensabili, in sostituzione dei fuori uso. Beni strumentali diversi | 13.490 |
| Sostituzione veicoli obsoleti | 70.711 |
| Totale Beni immobili e altre immobilizzazioni immateriali | 798.391 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 2.196.349 |

In particolare, nella successiva tabella, vengono rappresentati gli investimenti di Beni immobili e Beni Mobili con evidenza delle fonti di finanziamento e un dettaglio relativo ai Beni mobili (Ammodernamento parco tecnologie sanitarie obsolete per le quali non è possibile garantire la funzionalità tramite manutenzione ordinaria, acquisto di Software e Hardware e di arredi, economici e altri beni strumentali).

| INVESTIMENTI | Donazioni in natura e/o denaro | Contr c/capitale Fondi ex art 20 ex art 71 e regionali | Fondi da progetti da privati e RER | Mutuo | Finanziamento da altre Amministrazioni | Totale | % |
|---|--------------------------------|--|------------------------------------|------------------|--|--------------------|---------------|
| BENI IMMOBILI | € 0 | € 1.236.826 | € 0 | € 0 | € 161.131 | € 1.397.958 | 63,6% |
| BENI MOBILI | € 250.541 | € 293.033 | € 154.564 | € 100.252 | € 0 | € 798.391 | 36,4% |
| TOTALE INVESTIMENTI | € 250.541 | € 1.529.859 | € 154.564 | € 100.252 | € 161.131 | € 2.196.349 | 100,0% |
| Dettaglio Beni Mobili | | | | | | | |
| <i>Ammodernamento parco tecnologie sanitarie obsolete e non più manutenibili o alti costi di manutenzione</i> | € 241.762 | € 82.418 | € 57.538 | € 25.419 | € 0 | € 407.138 | 51,0% |
| <i>Software e Hardware</i> | € 2.650 | € 158.511 | € 13.710 | € 61.423 | € 0 | € 236.295 | 29,6% |
| <i>Arredi - economici - Beni strumentali diversi</i> | € 6.130 | € 52.103 | € 83.316 | € 13.409 | € 0 | € 154.959 | 19,4% |

5. Indicatori di risultato e valutazione della performance

5.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale

A conclusione si riportano i risultati conseguiti nell'anno 2019 su un panel di indicatori selezionati a livello regionale che permette di rappresentare in sintesi il livello di performance complessiva dell'Azienda.

A seguito della Delibera n. 3/2016 dell'OIV-SSR sono, infatti, stati individuati un insieme di indicatori di risultato, comuni a tutte le Aziende, che permette di valutare annualmente il livello di performance organizzativa aziendale raggiunta in riferimento alle Dimensioni/Aree sulle quali, come rappresentato nel Capitolo "Executive Summary", si articola il Piano Performance.








InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna, piattaforma collegata alle banche dati esistenti, riporta gli indicatori monitorati del **Piano Performance Aziendale 2018-2020**.

Il documento prosegue con una rappresentazione tabellare dei risultati 2019 riferiti ad ogni singolo indicatore del Piano Performance 2018-2020 e il relativo posizionamento rispetto al target atteso.

Ogni indicatore, in base al risultato rilevato, è stato classificato in base ad un codice colore indicante il grado di raggiungimento rispetto al target.

Di seguito viene riportata la legenda della scala colori utilizzata nella classificazione delle performance per ogni singolo indicatore.

Legenda

| | |
|---|----------------------------|
|  | Pessimo |
|  | Scarso |
|  | Medio |
|  | Buono |
|  | Ottimo |
|  | Indicatori di osservazione |
|  | Dato non disponibile |

UTENTE - Accesso e Domanda

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|------------|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 212 | Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 139,5 | 136,81 | da 145 a 160 (< 145) | <=Anno 2017 | 134,8 | 131,3 | Mantenimento (Flusso SDO) |
| 319 | Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg | 91,68 | 90,66 | da 90 a 95 (> 95) | >=95 | 85,12 | 96,2 | (Flusso MAPS2) |
| 320 | Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg | 97,13 | 97,34 | da 90 a 95 (> 95) | >=Anno 2017 | 94,43 | 98,37 | Mantenimento (Flusso MAPS2) |
| 228 | Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti | 9,84 | 9,42 | da 7 a 15 (< 7) | <= 7 | 9,05 | 11,33 | (Flusso SISM) |
| 137 | % abbandoni dal Pronto Soccorso | 5,3 | 5,5 | - | - | 4,94 | 5,04 | Indicatore di osservazione (Flusso PS) |
| 105 | % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti | 46,04 | 47,09 | - | - | 66,08 | 64,81 | Indicatore di osservazione (Flusso PS) |
| 107 | % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora | 52,38 | 52,93 | - | - | 56,57 | 59,02 | Indicatore di osservazione (Flusso PS) |
| 410 | Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti) | 386,19 | 384,75 | - | - | 392,87 | 395,62 | Indicatore di osservazione (Flusso PS) |
| 765 ex 698 | Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg | 69,57 | 97,91 | - | - | 99,06 | 89,3 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 766 ex 699 | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg | 95,45 | 96,72 | - | - | 85,11 | 93,11 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 767 ex 700 | Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata | 75,24 | 85,58 | - | - | 93,9 | 85,25 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |

UTENTE – Integrazione

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| 207 | % di anziani >= 65 anni trattati in ADI | 4,39 | 6,06 | da 1,88 a 3 (> 3) | >=Anno 2017 | 6,8 | 4,14 | Mantenimento (Flusso ADI) |
| 236 | Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni | 29,26 | 31,79 | da 25 a 30 (< 25) | <=25 | 25,8 | 27,56 | Mantenimento (Flusso SDO) |
| 280 | Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti) | 186,51 | 216,21 | da 200 a 250 (> 250) | da 200 a 250 | 252,61 | 191,83 | (Flussi REM, ADI e Hospice) |
| 683 | Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti | 158,83 | 106,59 | da 100 a 141 (< 100) | da 100 a 141 | 106,56 | 102,43 | (Flusso SDO) |
| 686 | Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni | 313,22 | 276,71 | da 309 a 409 (< 309) | <= 309 | 318,53 | 389,25 | Mantenimento (Flusso SDO) |
| 673 | % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO | 7,17 | 11,11 | - | - | 12,35 | 9,07 | Indicatore di osservazione (Flusso SIRCO e SDO) |
| 311 | % IVG medica sul totale IVG | 22,52 | 21,02 | Valore di riferimento > = 34 (media 2018) | - | 25,49 | 38,34 | Indicatore di osservazione (Flusso IVG) |
| 542 | % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane | 15,57 | 25,22 | Valore di riferimento < = 25 | - | 19,27 | 19,85 | Indicatore di osservazione (Flusso IVG) |

UTENTE - Esiti

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Valore Regionale di riferimento | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| 389 | Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni | 13,37 | 7,57 | <= 12% | <= Anno 2017 | 9,94 | 8,3 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 390 | Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni | 15,26 | 14,74 | >= 35% | >= Anno 2017 | 17,65 | 47,59 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 391 | Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni | 13,19 | 10,75 | <= 14% | <= Anno 2017 | 13,81 | 10,9 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 393 | Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni | 13,25 | 6,67 | <= 14% | <= Anno 2017 | 10,32 | 9,04 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 395 | BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni | 8,37 | 9,05 | <= 12% | <= Anno 2017 | 12,56 | 8,89 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 271 | Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg | 56,76 | 76,3 | >= 75 | >= Anno 2017 | 64,29 | 82,72 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 396 | Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi | - | 100 | 90 casi | >= Anno 2017 | 99,45 | - | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 397 | Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi | 100 | 0 | 135 casi | - | 0 | - | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 398 | Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella | 13,79 | 6,52 | <= 12% | <= Anno 2017 | 2,56 | 5,78 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 400 | Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni | 0 | 7,14 | <= 7% | = Anno 2017 | 4,76 | 4,6 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 401 | Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni | 4,17 | 0 | <= 6% | <= Anno 2017 | 1,08 | 2,64 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 494 | Proporzione di parti con taglio cesareo primario | 20,67 | 21,53 | <= 30% | <= Anno 2017 | 17,66 | 16,55 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 402 | Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 1,46 | 1,43 | <= 0,7% | <= Anno2017 | 1,06 | 1,02 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 403 | Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 0,36 | 1,2 | <= 1,2% | <= Anno 2017 | 1,72 | 1,43 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 772 | Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni | 90,64 | 92,27 | >= 50% | >= Anno 2017 | 91,94 | 76,5 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 404 | Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico | 3 | 2 | < 6 | - | 2 | 2 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |

PROCESSI INTERNI – Produzione Ospedale

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|------------|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| 102 | % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni | 4,83 | 5,73 | da 2 a 3 (< 2) | <= Anno 2017 | 5,06 | 3,94 | Mantenimento (Flusso SDO) |
| 773 ex 301 | Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici | 0,67 | 0,81 | da -0,92 a -0,27 (< -0,92) | da -0,92 a -0,27 | 1,16 | 0,0 | (Flusso SDO) |
| 774 ex 302 | Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici | 0,71 | 0,85 | da -0,95 a -0,3 (< -0,95) | da -0,95 a -0,3 | 0,65 | 0,0 | (Flusso SDO) |
| 303 | Degenza media pre-operatoria | 0,95 | 0,88 | da 0,85 a 1 (< 0,85) | < 0,85 | 0,89 | 0,69 | (Flusso SDO) |
| 409 | Volume di accessi in PS | 51.537 | 51.237 | - | - | 51.129 | - | Indicatore di osservazione (Flusso PS) |
| 411 | Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici | 9.489 | 9.106 | - | - | 9.425 | 354.900 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 412 | Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici | 4.300 | 5.055 | - | - | 4.443 | 251.847 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 413 | Volume di ricoveri in DH per DRG medici | 1.366 | 1.338 | - | - | 1.262 | 35.708 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 414 | Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici | 1.222 | 1.237 | - | - | 1.564 | 91.650 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |

PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| 211 | Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 20,91 | 21,1 | da 10,82 a 14 (> 14) | >= Anno 2017 | 21,14 | 20,98 | Mantenimento (Flusso SISM) |
| 224 | Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti | 20,5 | 20,59 | da 19 a 20 (> 20) | >= Anno 2017 | 20,82 | 20,41 | Mantenimento (Flusso SISM) |
| 225 | Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile | 70,17 | 74,53 | da 50 a 60 (> 60) | >= Anno 2017 | 80,88 | 85,13 | Mantenimento (Flusso SINPIAEP) |
| 310 | % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza | 44,79 | 44,49 | Valore di riferimento >= 52% (media 2018) | - | 47 | 54,21 | Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP) |
| 661 | % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 60,64 | 62,7 | - | - | 65,06 | 62,37 | Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP) |
| 662 | % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 32,32 | 54,49 | - | - | 40,21 | 28,36 | Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP) |
| 317 | % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) | 7,65 | 7,75 | Valore di riferimento >= 7% | - | 9,4 | 7,25 | Indicatore di osservazione (Flusso SICO) |
| 415 | Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica | 163.369 | 170.045 | - | - | 172.262 | 7.169.052 | Indicatore di osservazione (Flusso ASA) |
| 416 | Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite | 149.674 | 152.727 | - | - | 151.463 | 6.674.019 | Indicatore di osservazione (Flusso ASA) |
| 417 | Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio | 1.178.946 | 1.252.005 | - | - | 1.302.710 | 48.954.054 | Indicatore di osservazione (Flusso ASA) |
| 499 | Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti | 0,26 | 0,3 | - | - | 0,3 | 0,37 | Indicatore di osservazione (Flusso GRAD) |
| 669 | Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive | 100 | 100 | - | - | 100 | 89,66 | Indicatore di osservazione (Sistema informativo Case della Salute) |
| 670 | Durata media di degenza in OSCO | 19,58 | 20,28 | Valore di riferimento <= 20 giorni | - | 18,85 | 18,51 | Indicatore di osservazione (Flusso SIRCO) |
| 678 | Volume di accessi in ADI: alta intensità | 31.630 | 68.314 | - | - | 60.946 | 440.731 | Indicatore di osservazione (Flusso ADI) |
| 679 | Volume di accessi in ADI: media intensità | 21.276 | 47.754 | - | - | 44.902 | 856.988 | Indicatore di osservazione (Flusso ADI) |
| 680 | Volume di accessi in ADI: bassa intensità | 83.334 | 132.016 | - | - | 154.223 | 1.773.313 | Indicatore di osservazione (Flusso ADI) |
| 681 | Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali) | 86.869 | 79.393 | - | - | 75.231 | - | Indicatore di osservazione (Flusso ASA) |

PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|---------------|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| 160 | % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare | 42,50 | 40,63 | - | - | 48,5 | 49,90 | (Indagine PASSI) |
| 161 | % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | 20,10 | 24,49 | - | - | 34,0 | 34,30 | (Indagine PASSI) |
| 761 ex 164 | % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) | 74,49 | 73,79 | da 60 a 70 (> 70) | aggiunto post al PP 2018 2020 | 71,4 | 69,67 | (Osservatorio Nazionale Screening) |
| 762 ex 167 | % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) | 61,22 | 59,78 | da 50 a 60 (> 60) | aggiunto post al PP 2018 2020 | 61,19 | 62,42 | (Osservatorio Nazionale Screening) |
| 763 ex 170 | % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) | 54,25 | 55,69 | da 50 a 60 (> 60) | - | 55,6 | 53,53 | Osservatorio Nazionale Screening) |
| 171 | Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA | 92,86 | 94,40 | da 95 a 98 (> 98) | aggiunto post al PP 2018 2020 | 96,17 | 95,05 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| 172 | Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA | 56,14 | 58,50 | da 75 a 90 (> 90) | da 75 a 90 | ND - Non Disponibile | ND - Non Disponibile | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| 175 | Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini | 92,86 | 93,13 | da 95 a 98 (> 98) | aggiunto post al PP 2018 2020 | 94,05 | 92,04 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| 177 | Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA | 96,39 | 95,84 | da 95 a 98 (> 98) | >= 98 | 94,95 | 94,79 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| 185 | % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA | 9,36 | 8,50 | da 5 a 7 (> 7) | >= 2017 | 9,54 | 9,29 | Mantenimento |
| 187 | % cantieri ispezionati | 19,07 | 16,44 | da 23 a 32 (> 32) | aggiunto post al PP 2018 2020 | 19,53 | 17,83 | |
| 408 | Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti | 99,09 | 92,67 | da 90 a 95 (> 95) | >= 2017 | 98,20 | 100 | |
| 674 | Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni | 91,82 | 92,31 | Valore di riferimento >= 95% | aggiunto post al PP 2018 2020 | 95,15 | 92,66 | Indicatore di osservazione (Anagrafe Vaccinale Regionale) |

PROCESSI INTERNI – Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| 343 | Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti | 822,17 | 808,14 | Da 700 a 850 (< 700) | < 700 | 808,25 | 822,01 | (Flussi AFT e FED) |
| 125 | % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici | 46,94 | 39,58 | da 55 a 60 (> 60) | da 55 a 60 | 56,76 | 55,3 | (Flusso SDO) |
| 213 | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 2 | 1,67 | da 4 a 7 (< 4) | <= Anno 2017 | 1,76 | 1,92 | Mantenimento (Flusso SDO) |
| 214 | Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA | 31,85 | 26,9 | da 75 a 90 (< 75) | <= Anno 2017 | 22,97 | 27,06 | (Flusso SDO) |
| 216 | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA | 0,22 | 0,23 | da 0,1 a 0,21 (< 0,1) | da 0,1 a 0,21 | 0,19 | 0,19 | (Flusso SDO) |
| 210 | Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA | 8,77 | 9,61 | da 5,1 a 7,5 (< 5,1) | - | 9,5 | 7,94 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 101 | Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti | 10,84 | 9,69 | - | - | 10,03 | 9,44 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 621 | Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 5,36 | 6,77 | - | - | 9,65 | 6,89 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 622 | Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 1,29 | 3,14 | - | - | 1,76 | 3,57 | Indicatore di osservazione (Flusso SDO) |
| 333 | % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria | 21,51 | 21,84 | - | - | 22,77 | 22,43 | Indicatore di osservazione (Flussi AFT, FED e SDO) |
| 505 | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS | 13,67 | 13,13 | - | - | 11,4 | 13,9 | Indicatore di osservazione (Flussi FAR e PS) |
| 506 | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni | 10 | 7,87 | - | - | 4,96 | 4,52 | Indicatore di osservazione (Flussi FAR e SDO) |

PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | Risultato Aziendale osservato 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|--|
| 405 | % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza | 100 | 99,63 | da 85 a 95 (> 95) | >= Anno 2017 | Dato non disponibile a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC | | Mantenimento (Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione) |
| 818 | % centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale | 49,34 | 48,69 | - | - | 76,75 | 56,55 | Indicatore di osservazione |

SOSTENIBILITA' - Economico-Finanziaria








| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2016 | Valore Aziendale 2017 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2018 | Risultato Aziendale osservato 2018 | Risultato Regionale 2018 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| 614 | Costo pro capite totale | 1.801,33 | 1.810,53 | da 1.763 a 1.804 (< 1.804) | < = Media RER | 1.862,46 | 1.801,56 | (Modelli regionali COA01 Costi e COA01 Ricavi - PdC regionale - Pop. RER pesata utilizzata per il finanziamento regionale - DGR di riparto e assegnazione del Fondo Sanitario Regionale - Form Mobilità attiva infra-regionale) |
| 267 | Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 52,69 | 57,4 | da 50 a 55 (< 50) | < = Media RER | 53,41 | 57,04 | |
| 615 | Costo pro capite assistenza ospedaliera | 671,91 | 636,59 | da 625 a 650 (< 625) | < = Media RER | 657,36 | 629,17 | |
| 616 | Costo pro capite assistenza distrettuale | 1.072,17 | 1.112,07 | da 1.079 a 1.120 (< 1.120) | < = Media RER | 1.147,85 | 1.115,35 | |

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2017 | valore Aziendale 2018 | Range Regionale (Valore Target) | Risultato Aziendale atteso 2019 | Risultato Aziendale osservato 2019 | Risultato Regionale 2019 | Note / Fonte Dati |
|---------------|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 732 ex 697 | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite | 175,25 | 176,04 | da 155 a 165 (< 155) | < = Media RER | 184,34 | 169,10 | Flussi AFT e FED |
| 365 | % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza | 82,58 | 85,28 | da 83 a 84,5 (> 84,5) | da 83 a 84,5 | 85,45 | 86,20 | Flusso DiMe e Piano dei Conti |
| 363 | Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico | 92,51 | 92,73 | da 85 a 95 (> 95) | > 95 | 98,47 | 95,18 | Flusso DiMe e Piano dei Conti |
| 220 | Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti | -9 | -5 | - | - | 6 | - | Flussi AFT e FED |

5.2 Considerazioni sui risultati della performance

Le tabelle riportanti gli **indicatori InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna** mostrano per l'AUSL di Imola gli andamenti in miglioramento e mantenimento dei diversi indicatori monitorati secondo il Piano Performance 2018-2020. In riferimento ai risultati si riporta, per Dimensioni/Aree, un commento relativo all'andamento specifico 2019. Come già detto, sulla piattaforma InSiDER ogni indicatore del Piano sulla Performance viene rappresentato in base al risultato osservato con un codice colore corrispondente al raggiungimento. La legenda che segue, in correlazione alla scala colori, riporta i giudizi corrispondenti ed utilizzati per classificare il risultato ottenuto.

Legenda performance

| | |
|--|----------------------------|
|  | Pessima |
|  | Scarsa |
|  | Media |
|  | Buona |
|  | Ottima |
|  | Indicatori di osservazione |
|  | Dato non disponibile |

DIMENSIONE UTENTE

Accesso e domanda

Gli indicatori di questa area, in riferimento ai risultati 2019, mostrano una performance mediamente "Buona" che rispetto al 2018 rileva un lieve peggioramento per pochi indicatori.

Mantiene una performance "Ottima" l'indicatore:

- **IND212** "Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti (GRIGLIA)".

Mentre passa da "Ottima" a "Buona" la performance relativa all'indicatore:

- **IND320** "Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg".

Si conferma, come nel 2018, un posizionamento in ambito di "Buona" performance per l'indicatore:

- **IND228** "Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti".

Passa da "Buona" a "Media" la performance dell'indicatore:

- **IND319** "Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg".

Gli indicatori a completamento dell'area vengono classificati a livello regionale come indicatori di osservazione rispetto ai quali la Regione non definisce specifici target di raggiungimento. In riferimento ai tempi di attesa si riportano (Piano performance 2018 – 2020) tre indicatori di osservazione relativi ai tempi di attesa prospettici per interventi, rispetto ai quali si osserva:

- **IND765** "Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg". L'AUSL di Imola migliora la performance da 97,91% del 2018 a 99,06% del 2019, risultando la migliore a livello regionale (media RER 89,3%).
- **IND766** "Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg". L'Azienda nel 2019 rileva una % di casi pari all'85,11%, in decremento rispetto al 2018 (96,72%) e con un risultato inferiore alla media RER (93,11%).
- **IND767** "Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata". L'AUSL di Imola migliora la performance che passa da 85,58% del 2018 al 93,9% del 2019, superiore alla media RER (85,25%).

Le percentuali 2019 sopra riportate evidenziano performance alte, due delle quali in netto miglioramento rispetto all'anno precedente e superiori ai valori medi regionali. Si rileva un decremento per quanto attiene il rispetto del tempo di attesa retrospettivo per gli interventi di protesi d'anca.

L'area si completa con un set di indicatori rappresentativi dell'attività di Pronto Soccorso:

- **IND105** "% pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti";
- **IND107** "% pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora".

I due indicatori che nel 2018 registravano performance piuttosto basse, mostrano un miglioramento: la % di codici gialli visitati entro 30 minuti passa da 47,09% del 2018 a 66,08% nel 2019, di poco, ma superiore al dato medio regionale (64,81%). La % di codici verdi visitati entro 1 ora passa dal 52,93% del 2018 a 56,57% del 2019, con una media RER pari a 64,81%.

I restanti indicatori in tema di Pronto Soccorso sono:

- **IND137** "% abbandoni dal Pronto Soccorso". Il risultato 2019 è pari a 4,64% in linea con il dato regionale (5,04%).
- **IND410** "Tasso di accessi in PS per 1.000 abitanti". Il tasso aziendale risulta in incremento rispetto al 2018 e in linea con il tasso medio regionale (AUSL di Imola 392,87 vs RER 395,62).

Integrazione

Rispetto a questa area si registrano performance "Ottime" per gli indicatori:

- **IND207** "% di anziani >= 65 anni trattati in ADI". La performance si conferma anche la migliore a livello regionale, superiore al dato medio RER.
- **IND280** "Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >=75 anni per 1.000 abitanti". Tale performance risulta in miglioramento, passando da "Buona" a "Ottima" e anche in questo caso superiore al dato medio regionale.

I tre indicatori sui Tassi standardizzati di ospedalizzazione, si confermano nel range di una "Buona" performance.

- **IND236** "Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni".
- **IND683** "Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti".

- **IND686** "Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco per 100.000 residenti maggiorenni". La performance è passata da "Ottima" a "Buona".

Gli indicatori di osservazione compresi in questa Area riguardano:

- **IND673** "% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO". Nel 2019 il valore % (12,35%) aumenta rispetto al 2018 (11,11%) e si discosta dal valore medio regionale (9,07%).
- **IND311** "% IVG medica sul totale IVG". Valore di riferimento $\geq 34\%$ (media RER 2018). L'AUSL di Imola mostra un incremento - 2019 pari a 25,49% vs 2018 pari a 21% – pur rilevando un esito inferiore al valore di riferimento.
- **IND542** "% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane". Valore di riferimento $\leq 25\%$. L'Azienda migliora l'esito, passando da 25,22% nel 2018 a 19,27% nel 2019, rientrando nel target di riferimento ed in linea con il dato medio regionale (19,87%).

ESITI

Gli indicatori di Esito rappresentati sono quelli contenuti nel Decreto Ministeriale del 21 Giugno 2016 relativo alla definizione dei piani di rientro per le Aziende Ospedaliere. Questi indicatori sono stati classificati come "Indicatori di osservazione". Negli studi osservazionali la valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate (età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc.). Pertanto per gli indicatori selezionati in questa area la Regione ha effettuato un aggiustamento statistico applicando il metodo di risk adjustment che permette di confrontare l'indicatore tra le diverse strutture "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

La procedura di risk adjustment è però stata applicata a livello di singolo stabilimento di ricovero, pertanto a livello Aziendale e Regionale, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (e dunque non associati a soglie di valutazione).

In mancanza di un target regionale definito, per la valutazione degli indicatori di questa area, si richiama il valore di riferimento regionale se disponibile e il valore atteso aziendale 2019, dichiarato nel Piano della Performance 2018 – 2020 dell'AUSL di Imola per ogni anno di riferimento.

Per quanto concerne gli indicatori di Mortalità a 30 giorni, si osserva:

- **IND389** "Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (13,37). L'Azienda nel 2019 registra un indice di mortalità paria a 9,94% in linea con l'atteso.
- **IND391** "Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 14\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (13,19). Nel 2019 l'indice risulta superiore al valore di riferimento e incrementa rispetto al valore aziendale: 13,81 vs una media regionale di 10,9. Nel 2018 il valore aziendale risultava performante (10,75).
- **IND393** "Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 14\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (13,25). L'esito 2019 rispetta il valore di riferimento e il valore aziendale: 10,32 vs una media regionale di 9,04. Nel 2018 si registrava una significativa diminuzione (6,94).

- **IND395** "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (8,37). L'esito 2019 non rientra nel valore di riferimento e non risulta in linea con l'atteso aziendale: 12,56 vs una media regionale di 8,89. Nel 2018 l'azienda registrava un valore inferiore (9,05).

In merito agli indicatori di Mortalità a 30 giorni, per interventi chirurgici, si osserva:

- **IND400** "Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 7\%$. Valore atteso aziendale = Anno 2017 (0). Il valore aziendale 2019 rientra nel valore di riferimento, ma risulta superiore al valore atteso aziendale: 4,76 in linea con il valore medio RER (4,6). Nel 2018 il valore aziendale risultava molto meno performante (7,14).
- **IND401** "Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni". Valore di riferimento $\leq 7\%$. Valore atteso aziendale = Anno 2017 (4,17). Nel 2019 l'indicatore risulta rispettare ampiamente i valori di riferimento regionale e aziendale: 1,08 vs una media regionale di 2,64.

Si riporta, inoltre, l'indicatore di esito sull'infarto miocardico:

- **IND390** "Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni". Valore di riferimento $\geq 35\%$. Valore atteso aziendale \geq Anno 2017 (15,26%). LA % 2019 risulta in linea con il valore atteso aziendale, ma assai inferiore al valore di riferimento regionale: 17,65%. Il valore medio regionale 2019 risulta a confronto di molto superiore: 47,59%.

Seguono diversi indicatori di esito in riferimento a specifici interventi chirurgici.

- **IND271** "Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg". Valore di riferimento $\geq 75\%$. Valore atteso aziendale \geq Anno 2017 (56,76%). L'Azienda rispetta il valore atteso aziendale, ma non il valore di riferimento: 64,29 vs un valore medio regionale pari a 82,72%.

Interventi chirurgici per TM:

- **IND398** "Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella". Valore di riferimento $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (15,26%). Nel 2019 con un valore pari a 2,56% l'AUSL di Imola rispetta ampiamente i riferimenti regionale ed aziendale.

In riferimento al parto:

- **IND494** "Proporzione di parti con taglio cesareo primario". Valore di riferimento $\leq 30\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (20,67%). L'esito 2019 rispetta entrambi i valori attesi: 17,66% vs un valore regionale di 16,55%.
- **IND402** "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Valore di riferimento $\leq 0,7\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (1,46%). L'esito aziendale 2019 risulta superiore al valore riferimento regionale, ma rispetta il valore atteso aziendale: 1,06% in linea con il valore medio regionale (1,02%).
- **IND403** "Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Valore di riferimento $\leq 1,2\%$. Valore atteso aziendale \leq Anno 2017 (0,36%). L'Azienda mostra un valore 2019 superiore al valore di riferimento e all'atteso aziendale: 1,72% vs dato regionale 1,43%.

In riferimento ai tempi di attesa per interventi chirurgici, si rileva:

- **IND772** "Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni". Valore di riferimento $\geq 50\%$. Valore atteso aziendale \geq Anno 2017 (90,64%). Il valore aziendale 2019 risulta la performance migliore a livello regionale, rispettando valore di riferimento e risultato atteso aziendale: 91,94% vs un dato regionale del 76,5%.
- **IND404** "Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico". Valore di riferimento < 6 . L'esito 2019 risulta pari a 2 come il dato medio regionale.

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

I primi quattro indicatori di questa area rappresentano l'attività di ricovero, con riferimento ad un target regionale che permette di classificarne la performance in base ai criteri già menzionati. Per tre di questi indicatori, si osservano performance che si discostano dall'atteso, in particolare:

- **IND102** "% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni". Valore regionale atteso $< 2\%$. L'esito aziendale 2019 pari a 5,06%, migliore rispetto al 2018 (5,73%), risulta ancora lontano dal target e peggiore della media regionale 2019: 3,94%.
- **IND773** "Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici". Valore regionale atteso $< -0,92$. Nel 2019 l'indice aziendale risulta pari a 1,16 in peggioramento rispetto al 2018 (0,81).
- **IND774** "Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici". Valore regionale atteso $< -0,95$. Nel 2019 l'indice aziendale risulta pari a 0,65 in miglioramento rispetto al 2018 (0,85).
- **IND303** "Degenza media pre-operatoria". Valore regionale atteso $< 0,85$. L'esito 2019 pari a 0,89 conferma come nel 2018 una "Buona" performance vs un valore medio regionale di 0,69.

I restanti indicatori di osservazione appartenenti a quest'area sono indicatori di volumi riferiti agli accessi PS, ai ricoveri ordinari e in DH per DRG medici e chirurgici, rispetto ai quali si rimanda alla presa visione della tabella.

Produzione-Territorio

Si conferma "Ottima" la performance espressa dai seguenti indicatori, in area Salute Mentale:

- **IND211** "Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA".
- **IND224** "Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti".
- **IND225** "Tasso standardizzato di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile".

Seguono quattro indicatori di osservazione relativi all'attività dei Consultori Familiari:

- **IND310** "% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza". Valore di riferimento $\geq 52\%$ (media 2018). La % 2019 per l'AUSL di Imola risulta pari al 47%, in leggero aumento rispetto agli anni precedenti, ma inferiore al dato medio regionale 2019 (54,21%).
- **IND661** "% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita". La % aziendale risulta del 65,06% in aumento rispetto agli anni precedenti e superiore al dato regionale 2019 (62,37%).

- **IND662** "% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita". Seppure in decremento rispetto al 2018, nel 2019 la % aziendale pari a 40,21% risulta essere la più alta a livello regionale (media RER 28,36%).
- **IND317** "% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)". Valore di riferimento >= 7%. L'esito 2019 evidenzia un miglioramento rispetto agli anni precedenti, rispettando il valore di riferimento: 9,4% vs un dato medio regionale di 7,25%.

Si riporta inoltre un indicatore sulla degenza media in OSCO:

- **IND670** "Durata media di degenza in OSCO". Valore di riferimento <= 20 giorni. In netto miglioramento rispetto al biennio 2017-2018, il dato aziendale pari a 18,85 giorni rientra entro il target di riferimento e risulta in linea con il valore medio regionale (18,51 giorni).

Gli altri indicatori di tipo osservazionale si riferiscono a volumi di prestazioni di specialistica (diagnostica, visite e laboratorio) e di Day Service Ambulatoriale e a volumi di accessi in Assistenza Domiciliare Integrata (alta, media e bassa intensità).

Produzione-Prevenzione

Gli indicatori sugli screening femminili confermano una performance "Ottima":

- **IND761** "% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)".
- **IND762** "% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)".

Si conferma un risultato "Buono" per quanto concerne:

- **IND763** "% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)".

In merito agli indicatori sulle coperture vaccinali, il Piano della Performance 2018-2020 introduce alcuni nuovi indicatori. Di seguito la rendicontazione del set completo di indicatori sul tema.

- **IND171** "Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA". L'indicatore passa da una performance "Media" del 2018 ad una performance "Buona" nel 2019, risultando la copertura più alta a livello regionale.
- **IND172** "Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA". In riferimento al 2019 sul portale InSiDER il dato risulta non disponibile.
- **IND175** "Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini". Con una copertura pari al 94,05% si conferma una performance "Media", ma superiore alla media regionale.
- **IND177** "Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA". Nel 2019 la performance si abbassa passando da "Buona" a "Media" in linea con il dato medio regionale.
- **IND674** "Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni". Indicatore osservazionale con valore di riferimento >= 95%. Nel 2019 la % di copertura risulta pari a 95,15% vs un valore medio regionale del 92,66%.

Si riportano di seguito gli indicatori di performance dell'area Sanità Pubblica:

- **IND185** "% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA". La performance si conferma "Ottima" anche nel 2019.
- **IND187** "% cantieri ispezionati". Seppur in aumento l'esito aziendale conferma come l'anno precedente una performance "Media", comunque migliore rispetto alla media regionale.
- **IND408** "Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti". La performance aziendale in incremento passa da "Buona" a "Ottima".

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

In questa area, per gli indicatori valutabili (non osservazionali) si raggiungono performance "Ottime" e "Buone".

- **IND343** "Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti". L'indicatore esprime a livello aziendale una performance "Buona", inferiore al dato medio regionale (AUSL di Imola: 808,25 vs RER: 822,01). In riferimento al risultato atteso aziendale (< 700) l'obiettivo non è stato raggiunto, posto comunque che nessuna azienda raggiunge tale soglia.
- **IND125** "% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici". L'esito migliora nettamente rispetto all'anno precedente: nel 2019 la performance passa da "Pessima" del 2018 a "Buona". Si conferma anche il raggiungimento del risultato atteso aziendale (PP 2018-2020) entro il range 55% - 60%.
- **IND213** "Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA". Si conferma anche nel 2019 una "Ottima" performance, migliore rispetto al dato medio regionale.
- **IND214** "Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA". Il risultato esprime un ulteriore miglioramento che conferma una "Ottima" performance, migliore del dato regionale.
- **IND216** "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA". Nel 2019 tale rapporto, come già relazionato nel presente documento, mostra un miglioramento della performance che passa da "Media" a "Buona".

Agli indicatori sopra riportati si aggiungono ulteriori indicatori di tipo osservazionale, in base al nuovo Piano della Performance 2018 – 2020, ai quali si rimanda per una specifica presa visione dei risultati.

Anticorruzione-Trasparenza

- **IND405** "% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza". In riferimento a questo specifico indicatore, la Regione informa che il dato non è disponibile a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC. Nel 2018 in continuità con il 2017 si confermava una "Ottima" performance.
- **IND818** "% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale". L'indicatore presente nella DGR 977/2019, come da indicazione regionale sostituisce l'indicatore IND682 "% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovra aziendali". La % di centralizzazione degli acquisti risulta per l'AUSL di Imola in progressivo aumento; nel 2017: 49,34%, nel 2018: 48,69% e nel 2019: 76,75% la percentuale più alta a livello regionale (media RER 56,55%).

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

L'area riporta gli indicatori sui Costi pro capite 2018 (totale e per LEA) rispetto ai quali si rinvia alla tabella per un confronto con la spesa 2017 e con la media regionale.

In ordine alla Spesa farmaceutica territoriale pro-capite 2019:

- **IND732** "Spesa farmaceutica territoriale pro-capite". L'indicatore rileva la spesa relativa ai farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale e i farmaci dispensati in regime convenzionale somministrati mediante la distribuzione diretta e "per conto". Il valore calcolato nel 2019 (184,34) conferma la performance dell'anno precedente, in leggero aumento e superiore alla media RER (169,1) rispetto alla contrazione attesa.

In merito ai farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto e alle raccomandazioni che sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale, si riporta l'indicatore:

- **IND365** "% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza". L'indicatore esprime una performance "Ottima" in linea con la media regionale.

In riferimento al flusso sui Dispositivi Medici si riporta l'indicatore:

- **IND363** "Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico". Il Tasso di copertura 2019 rispetto al 2018 migliora passando da "Buona" a "Ottima" performance.

Per quanto concerne l'indicatore di osservazione:

- **IND220** "Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti". Nel 2019 il valore aziendale risulta pari a +6 giorni, mentre nel 2018 era pari a -5 giorni e nel 2017 a -9 giorni.

Conclusioni

La Performance complessiva 2019 si connota in termini di miglioramento e mantenimento rispetto all'andamento dei valori aziendali osservati nel tempo.

L'AUSL di Imola permane protesa a monitorare e porre in essere le azioni e gli interventi necessari al consolidamento e miglioramento della performance organizzativa aziendale.

Glossario

| Acronimo | Significato per esteso |
|-------------------|--|
| A.A.A. | Anno Accademico |
| AA.SS.LL. | Aziende Sanitarie Locali |
| ADI | Assistenza Domiciliare Integrata |
| ADR | Reazione Avversa a Farmaco (ADR, Adverse Drug Reaction in inglese) |
| AIFA | Agenzia Italiana del Farmaco |
| ANAC | Agenzia Nazionale Anticorruzione |
| ANVUR | L'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca |
| AOSP | Azienda Ospedaliera |
| AOU | Azienda Ospedaliera Universitaria |
| ARA | Anagrafe Regionale Assistentij |
| ASA | Assistenza Specialistica Ambulatoriale |
| ASP | Azienda Servizi alla Persona |
| AVEC | Aria Vasta Emilia Centro |
| AVK | Principio farmaceutico antagonisti della vitamina K |
| BEP | Bilancio Economico Preventivo |
| BPCO | Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva |
| CA | Centro Assistenziale |
| CdS | Casa della Salute |
| CE | Conto Economico |
| CF | Commissione Farmaco |
| CHIR | Chirurgia |
| CRA | Casa Residenza Anziani |
| CSM | Centro Salute Mentale |
| CSSR | Centro Socio Sanitario di Riabilitazione |
| CTSS | Conferenza Territoriale Socio Sanitaria |
| CUPWEB/FSE | Riferimento prenotazione on line e fascicolo sanitario elettronico |
| DAT | Dipartimento Amministrativo e Tecnico |
| DCP | Dipartimento Cure Primarie |
| DDD | Dose Farmaceutica Giornaliera |
| DEA | Dipartimento Emergenza Accettazione |
| DEMA | Dematerializzata |
| DHT | Day Hospital Territoriale |
| DiC | DiC - Dipartimento Chirurgico |
| DIMO | Dipartimento Medico Oncologico |
| DM | Decreto Ministeriale |
| DP | Dipendenze Patologiche |
| DPS | Documento programmatico sulla sicurezza |
| DRG | Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi |
| DSA | Day Service Ambulatoriale |
| DSM | Dipartimento di Salute Mentale |
| DSM DP | Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche |
| DSP | Dipartimento di Sanità Pubblica |
| ECM | Educazione continua in medicina |
| EDCF-AVEC | Commissione Farmaco Area Vasta Emilia Centrale |
| ER-ReCi | Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni |
| FAD | Formazione a Distanza |
| FED_2017 | Farmaci in Erogazione Diretta |
| FEV1/FEV | Indicatore di misurazione broncocronicostruttiva |

| Acronimo | Significato |
|------------------|--|
| FNA | Fondo non autosufficienza |
| FOIA | Freedom of Information Act (FOIA) è una legge che tutela la libertà di informazione e il diritto di accesso agli atti amministrativi |
| FRNA | Fondo Regionale non Autosufficienza |
| FSE | Il Fondo sociale europeo |
| FSR | Fondo Sanitario Regionale |
| GAAC | Gestione Area Amministrativa Contabile |
| GAAC/GRU | Gestione Area Amministrativa Contabile/Gestione Risorse Umane |
| GReFO | Gruppo Regionale Farmaci Oncologici |
| GRU | Gestione Risorse Umane |
| GSA | Gestione Specialistica Ambulatoriale |
| HCV | Epatite C |
| HT | Hospice Territoriale |
| HTA | Health Technology Assessment |
| Hub-Spoke | Modello organizzativo che prevede un centro specialistico di riferimento |
| ICT | Information Communication Technology |
| IGV | Interruzione Volontaria Gravidanza |
| IND | Codice indicatore: a fianco si trova il numero e la descrizione dell'indicatore |
| InSiDER | Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna |
| KPC | Enterobatteri produttori di carbapenemasi |
| LA | Livelli Assistenza |
| LEA | Livelli Essenziali di Assistenza |
| LP | Libera Professione |
| LP-RER | Libera Professione Emilia Romagna |
| MAppER | Applicativo per la rilevazione dell'igiene delle mani in sanità |
| MAPS | Rilevazione tempi di attesa prestazioni specialistica |
| MED3 | Consorzio formazione |
| MMGG | Medici di Medicina Generale |
| MRI | Istituto di ricovero di Montecatone |
| NCP | Nuclei di Cure Primarie |
| NAO | Farmaco anticoagulante orale |
| NoTI-ER | Piattaforma trasmissione ordini alle aziende fornitrici delle Aziende Sanitarie |
| NPiA | Neuro Psichiatria Infantile Adolescenza |
| OAS | Organismo Aziendale di Supporto |
| OBTV PPI | Obiettivo inibitori della pompa protonica |
| OIV | Organismo Indipendente di Valutazione |
| OIV-SSR | Organismo Indipendente di Valutazione - Servizio Sanitario Regionale |
| ONAMB | Software Consultorio Familiare |
| OO.SS | Organizzazioni Sindacali |
| OSCO | Ospedale di Comunità |
| OSS | Operatore Socio Sanitario |
| PAC | Procedura Amministrativo Contabile |
| PAF | Piano Attività Formative |
| PAF AVEC | Piano Attività Formative - Area Vasta Emilia Centro |
| PCT | Prevenzione Corruzione e Trasparenza |
| PDTA | Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale |
| PL | Posto Letto |
| PLA | Piano Locale Attuativo |
| PLS | Pediatri di Libera Scelta |
| PNPV | Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale |
| POLARIS | Programma informatico gestione radiologia |

| Acronimo | Significato |
|-----------------|--|
| PPI | Farmaci inibitori della pompa protonica |
| PRP | Piano Regionale Prevenzione |
| PTPCT | Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza |
| PTR 173 | Prontuario terapeutico regionale |
| PUA | Punto unico di accesso |
| RER | Regione Emilia Romagna |
| RM | Risonanza Magnetica |
| RPCT | Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza |
| RTI | Ricovero Trattamento Intensivo |
| RUA | Responsabile unico aziendale |
| SSU | Struttura Semplice Unificata |
| SAM | Servizio Acquisti Metropolitan |
| SELF-PA | Portale formazione nella pubblica amministrazione |
| SICHER | Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia Romagna |
| SIMES | Flusso sicurezza delle Cure |
| SIVER | Sistema Informativo Emilia Romagna |
| SMI | Sorveglianza Malattie Infettive |
| SOLE | Programma SOLE - Sanità on line |
| SP | Sanità Pubblica |
| SPDC | Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura |
| SPPA | Servizio Prevenzione Protezione Ambienti di Lavoro |
| SPTA | Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo |
| SRCI | Struttura Residenziale Cure Intermedie |
| SSCL | Surgical Safety Check List |
| SSD | Struttura Semplice Dipartimentale |
| SSIA | Struttura Semplice Inter Aziendale |
| SSR | Servizio Sanitario Regionale |
| STAM | Servizio di Trasporto Materno Assistito |
| SUM | Servizio Unico Metropolitan |
| SUMAP | Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale |
| SW | Software |
| TC | Tomografia Assiale Computerizzata |
| TTR | Temo di range terapeutico |
| TUM | Trasfusionale Unico Metropolitan |
| UO | Unità Operativa |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| URA | Uso Responsabile Antibiotici |
| UTIC | Unità di terapia Intensiva Cardiologica |
| UU.OO | Unità Operative |
| UVM | Unità di Valutazione Multidimensionale |