



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000141
DATA: 28/06/2018 12:28
OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2017 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Dall'Olimi Emanuela - Direttore Sanitario
In assenza di Donattini Maria Teresa - Direttore 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

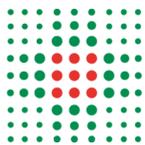
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000141_2018_delibera_firmata.pdf	Dall'Olimi Emanuela; Mazzoni Claudio; Rossi Andrea	5096E9BAF59C634309E5DBD57AE269255 0BEF39EF430076CA54E6AECABBF5B96
DELI0000141_2018_Allegato1.docx:		652A60EA0E5E6BC00CA507640C98666D C10C8A37D3FBE665D0189EC06ABA9CF9



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 2017 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

IL DIRETTORE GENERALE

- richiamato 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 misuri e valuti la Performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle Unità Organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ne dia adeguata rendicontazione ed informazione annualmente in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi programmati;
- preso atto inoltre che sempre sulla base della sopra citata fonte normativa ogni Pubblica Amministrazione annualmente è tenuta ad adottare una Relazione sui risultati di performance conseguiti a livello di organizzazione complessiva;
- sottolineato che la Relazione sulla performance rientra tra le forme di rendicontazione dell'azione istituzionale dell'Azienda, anche al fine di rafforzare il sistema delle relazioni intercorrenti tra la stessa e gli stakeholders;
- preso atto della delibera OIV n. 1 del 19.12.2014 (Organismo Indipendente di Valutazione unico per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna), come confermata dalla delibera OIV n. 3/2016, che, nel fornire indicazioni metodologiche ed operative in merito all'applicazione del Ciclo di gestione delle Performance al contesto delle Aziende ed Enti del SSR, dispone di attivare uno specifico processo di controllo strategico e rendicontazione dei risultati di performance conseguiti, consistente nella predisposizione annuale di una 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/2018/0355534 del 16/05/2018 che fissa al 30 giugno del corrente anno la data di adozione da parte delle Aziende del SSR della Relazione della Performance 2017;
- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2017 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 2017 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 2017 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

2) di provvedere alla trasmissione all'OIV-SSR della Relazione sulla Performance per l'anno 2017, nel testo approvato in attuazione delle disposizioni regionali impartite di cui da ultimo con nota OIV-SSR prot. n. PG/2018/0355534 del 16/05/201;

3) di dare atto 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.40 comma 3 della L.20.12.1994 n°50.

**RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE
ANNO 2017**

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

INDICE

Premessa	3
1. L'Azienda	5
1.1 Missione dell'Azienda.....	5
1.2 Territorio e popolazione.....	5
1.3 Organizzazione dell'Azienda.....	9
2. Executive Summary	12
3. Area dell'accesso	16
3.1 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.....	16
3.2 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico.....	23
4. Area dell'integrazione	25
4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale.....	25
4.2 Integrazione socio-sanitaria.....	34
5. Area della produzione	44
5.1 Riordino assistenza ospedaliera.....	44
5.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio.....	49
5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute.....	54
6. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	59
6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.....	59
6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco.....	61
7. Area dell'organizzazione	72
7.1 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici.....	72
7.2 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento accessibilità ai servizi.....	74
7.3 Adempimenti nei flussi informativi.....	76
8. Valorizzazione del capitale umano	77
8.1 Formazione aziendale.....	77
8.2 Sicurezza del lavoro.....	82
8.3 Sistema di valutazione individuale della performance.....	83
8.4 Benessere Organizzativo.....	83
9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza	85
10. Area ricerca e didattica	88
11. Area economico-finanziaria	91
11.1 Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa.....	91
11.2 Governo delle risorse umane.....	93
12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico	96
12.1 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti.....	96

13. Indicatori di risultato e valutazione della performance.....	104
13.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale.....	104
13.2 Considerazioni sui risultati della performance.....	115

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. La Relazione sulla Performance, documento annuale di rendicontazione, presenta:

- elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici individuati nel Piano della Performance 2016 - 2018;
- evoluzione registrata per gli indicatori di risultato **InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna**, indicati a livello regionale e riportati nel Piano della Performance 2016 - 2018, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

La Relazione sulla Performance riprende quanto già rappresentato nella **Rendicontazione degli obiettivi fissati ed assegnati, per l'anno 2017, alla Direzione Aziendale a livello di programmazione regionale**, ai sensi della **DGR 830/2017** (allegato al Bilancio di Esercizio 2017 - Relazione alla Gestione di cui al D.Lgs 118/2011) e fornisce la rappresentazione e l'andamento degli indicatori di risultato **InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna**. La Relazione sulla Performance si pone in continuità con la consolidata esperienza aziendale di rendicontazione annuale ai cittadini e agli *stakeholder* istituzionali in ordine all'attività e ai 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.

La Relazione sulla Performance si propone di potenziare e migliorare il percorso 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 nel tempo, 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 dall’anno 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.

1. L'Azienda

1.1 Missione dell'Azienda

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 ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti. L'AUSL, 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 dell'aggiornamento.

1.2 Territorio e popolazione

L'estensione territoriale complessiva della AUSL di Imola, con i suoi 787 Km² ed un bacino di 10 Comuni, è contraddistinta da una zona di pianura con una densità abitativa medio-alta che tende ad abbassarsi allorché si include la zona collinare pura e pedemontana che si aggira sui 373 Km².

Anche nel 2017 la densità abitativa, che è direttamente correlata alla popolazione residente, fotografa una staticità dell'indicatore con un leggero calo rispetto al 2016. A livello circondariale, negli ultimi 10 anni, la densità è cresciuta di circa 5 unità pro km², mentre di una sola unità all'anno nel comune di Imola - storicamente il comune dal più alto "richiamo" demografico e infrastrutturale.

Nello stesso arco temporale si segnalano le crescite abitative di Castel Guelfo (15 nuovi abitanti pro km2) e Dozza (11 abitanti) che hanno superato abbondantemente l'incremento decennale imolese.

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Kmq	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2017 Pop/Kmq	DENSITÀ 2008 Pop/Kmq
IMOLA	204,95	69.934	341,22	331,90
MORDANO	21,46	4.692	218,64	212,07
MEDICINA	159,11	16.768	105,39	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.506	157,83	142,98
TOTALE PIANURA	414,07	95.900	231,60	224,47
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.862	140,50	137,62
DOZZA	24,24	6.588	271,78	260,44
CASALFUMANESE	81,97	3.460	42,21	41,95
BORGTOSSIGNANO	29,12	3.240	111,26	113,32
FONTANELICE	36,57	1.944	53,16	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.209	23,00	23,97
TOTALE COLLINA	372,94	37.303	100,02	98,26
TOTALE GENERALE	787,01	133.203	169,25	164,66
Prov. Bologna (1/1/2017-2008)			272,91	260,39
RER (1/1/2017- 2008)			198,52	193,33
ITALIA (2015-2008)			201,32	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 2015 - Indicatore demografico costruito da Demo Istat 1/1/2016.

La **popolazione residente** nel Nuovo Circondario Imolese al 31/12/2017 ammonta a 133.203 unità di cui, 64.790 maschi (48,6%) e 68.413 femmine (51,4%), in leggerissimo calo rispetto alla fotografia del 2016.

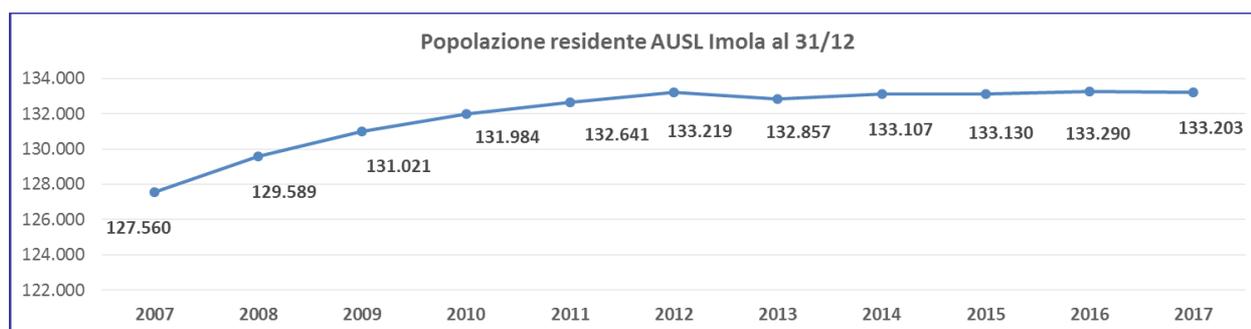
Nel contesto complessivo tale assestamento (-87 unità) sembra a marca femminile. Il confronto tra la precedente tabella con quella successiva, conferma nel delta 2017-2004 (ricordiamolo primo anno a 10 comuni con ingresso Medicina) una perdita di "appeal residenziale". Il comune di Imola risulta stabile nel confronto 2017/2008, ma con una diminuita incidenza percentuale del peso dei propri residenti sul totale complessivo. Caratteristica demografica: in tutti i comuni tranne Mordano (escludendo Casalfiumanese dove vi è parità) il genere femminile risulta prevalente con il comune più grande (Imola) e quello più piccolo (Castel del Rio) associati nel 2017 da una "quota rosa" intorno al 52%.

COMUNI	POPOLAZIONE			2017 Peso% su Totale AUSL	2008 Peso% su Totale AUSL	2004 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale			
IMOLA	33.645	36.289	69.934	52,50%	52,49%	53,34%
MORDANO	2.378	2.314	4.692	3,52%	3,51%	3,53%
MEDICINA	8.223	8.545	16.768	12,59%	12,57%	11,86%
CASTEL GUELFO	2.241	2.265	4.506	3,38%	3,15%	3,01%
CASTEL S. PIETRO	10.209	10.653	20.862	15,66%	15,77%	15,84%
DOZZA	3.216	3.372	6.588	4,95%	4,87%	4,74%
CASALFUMANESE	1.732	1.728	3.460	2,60%	2,65%	2,52%
BORGIO TOSSIGNANO	1.599	1.641	3.240	2,43%	2,55%	2,63%
FONTANELICE	968	976	1.944	1,46%	1,47%	1,52%
CASTEL DEL RIO	579	630	1.209	0,91%	0,97%	1,01%
TOTALE GENERALE	64.790	68.413	133.203	100%	100%	100%

Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese.

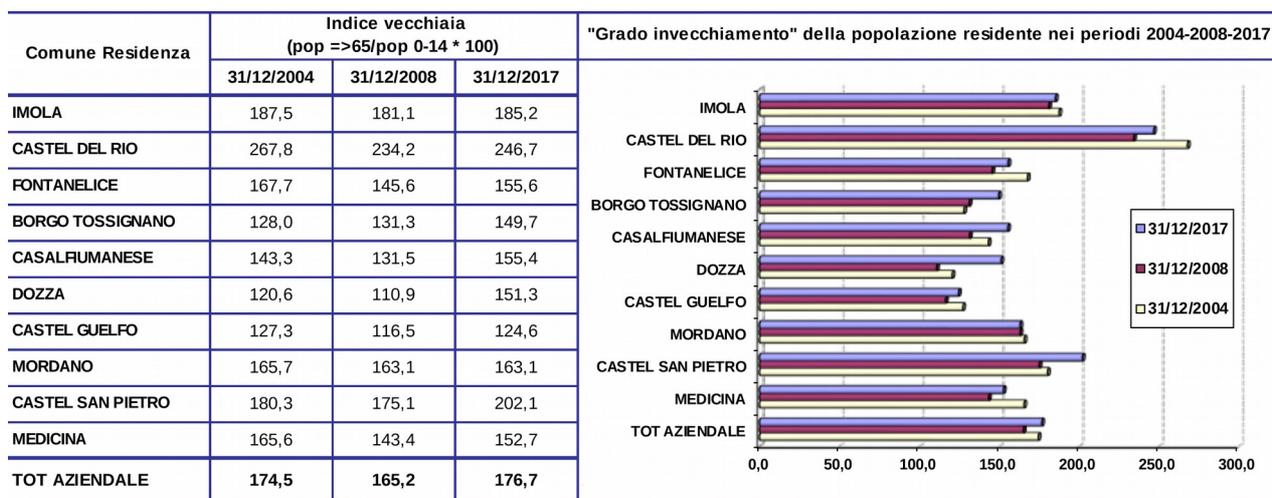
Al 31/12/2017, l'80,7% (in leggero calo sul 2016) della popolazione vive in tre Comuni: Imola, Medicina e Castel San Pietro Terme. Due su tre (Medicina controcorrente) hanno avuto un calo nel valore assoluto dei relativi residenti. A livello percentuale i primi due si sono riposizionati sui livelli 2016, mentre CSPT ha subito un esiguo calo del suo peso nel contesto complessivo. La maggior parte dei comuni ha "ceduto" rispetto al 2016 residenti, a causa della sofferenza delle classi centrali delle età lavorative. Oltre a Medicina anche Castel Guelfo ha registrato un incremento prossimo alle + 30 unità, inferiore quello di Casalfiumanese.

Nel trend di lungo periodo si nota come la curva giunta a 133.000 residenti, dal 2014 è divenuta sostanzialmente piatta, grazie ad una alternanza di piccole oscillazioni dovute alla compensazione tra incrementi positivi e negativi delle diverse fasce di età.



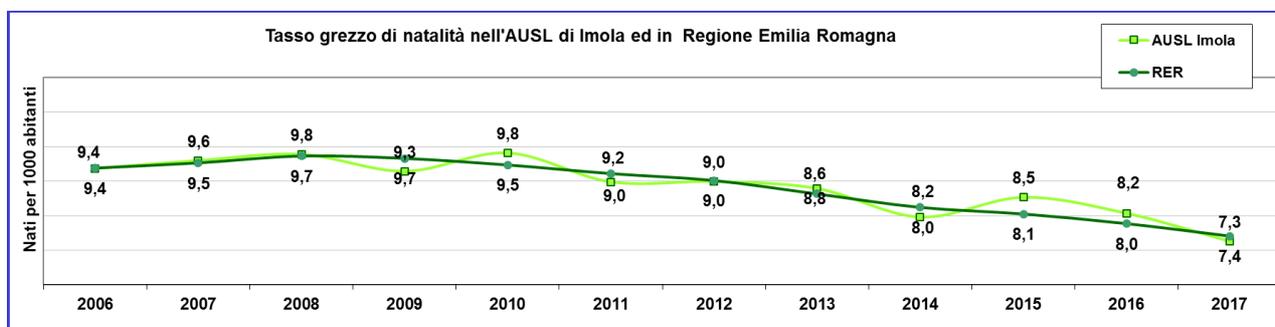
Il grado di **invecchiamento della popolazione**, rappresentato nella tabella sotto riportata, vede una ripresa dell'indicatore in oggetto per comune, dopo un periodo fino al 2010, contraddistinto da un leggero calo del medesimo. La motivazione va ricercata principalmente nella diversa variabilità che caratterizza da anni i due sottogruppi di popolazione su cui è calcolato l'indicatore, ovvero ≥ 65 e 0-14, che hanno avuto nel 2017 un effetto negativo estremamente combinato: la prima fascia in costante aumento mentre la seconda con segno

negativo che riflette il calo della natalità che, come a livello nazionale, dal 2010 mostra una significativa flessione.

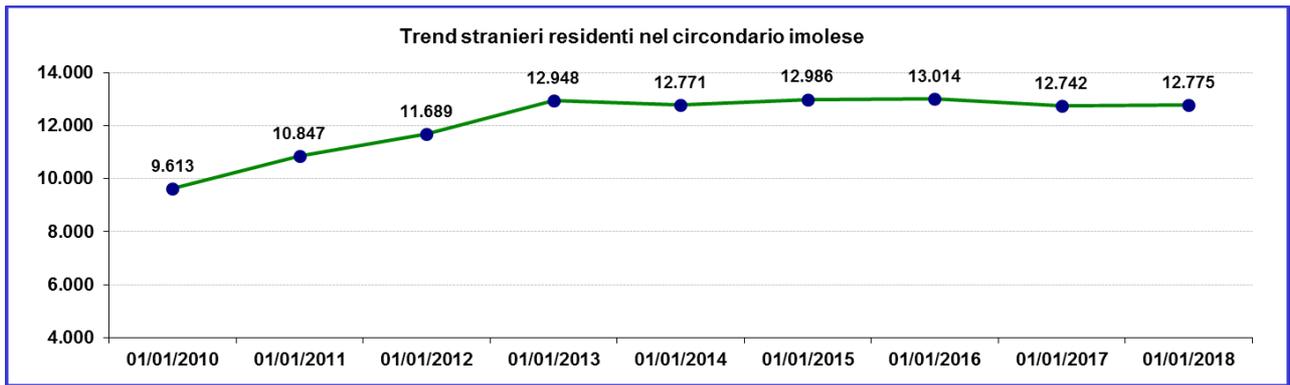


Fonte - Elaborazioni da Statistica self service - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali RER (anni 2004-2008) e dati comunali (2017).

Dal 2004 al 2010 (anno di maggior incremento) il **tasso grezzo di natalità** si è mantenuto ben al di sopra del 9%, per poi calare dal 2010-2011 in avanti. Questo fattore associato, in quegli anni, ad un tasso di mortalità sostenuto e ad un ingresso di popolazione straniera relativamente giovane aveva "mitigato" l'invecchiamento. Oggi, con un inserimento minore nel tessuto sociale locale di quest'ultima tipologia di popolazione ed un calo di quella autoctona si è determinato un riposizionamento al rialzo dell'invecchiamento giunto alla soglia dei 177 anziani presenti ogni 100 giovani in età 0-14.



La natalità è ormai sostenuta dalla componente straniera. Il calo del tasso riflette, infatti, anche nel confronto 2017-2016 la bassa propensione delle madri con cittadinanza italiana (-108 nati residenti). In leggero incremento invece i nati da madre straniera (+17 casi), numerosità rimasta pressochè costante nell'ultimo triennio intorno ai 220-230 nati, a differenza della precedente. Se nel 2015 un nuovo nato su 5 era straniero oggi il rapporto è prossimo all'1 su 4.



1.3 Organizzazione dell'Azienda

Con deliberazione n. 192 del 23.12.2014, l'AUSL di Imola ha ridefinito il proprio assetto organizzativo formulato al termine di un percorso di condivisione con le varie componenti dell'organizzazione stessa.

La struttura organizzativa, come tutte le organizzazioni sanitarie, è contraddistinta da una elevata complessità, generata dalle numerose attività, compiti e funzioni e dal grado di eterogeneità e interdipendenze fra queste: complessità che richiede importanti meccanismi di coordinamento e controllo.

La definizione della struttura organizzativa ha come obiettivo fondamentale quello di precisare la distribuzione degli ambiti di autonomia e responsabilità all'interno dell'organizzazione: fa riferimento alle relazioni fra i compiti svolti dai membri dell'organizzazione e si concretizza nelle forme di organizzazione del lavoro, nelle unità organizzative, nella gerarchia, nelle politiche, regole e procedure e nei diversi meccanismi di coordinamento e controllo. Inoltre, l'organizzazione è in stretta relazione di interdipendenza con l'ambiente di riferimento e deve continuamente adattarsi alla evoluzione del contesto, sotto il profilo politico, economico e socio-epidemiologico.

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.

L'AUSL di Imola, 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 (Ingegneria biomedica, Tecnologie informatiche e di rete, 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 alla 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 Anziani (afferenza Distretto)
- Programma Blocco Operatorio (afferenza DEA e CHIR)
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza DSP)
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza DSM e Direttore Sanitario).

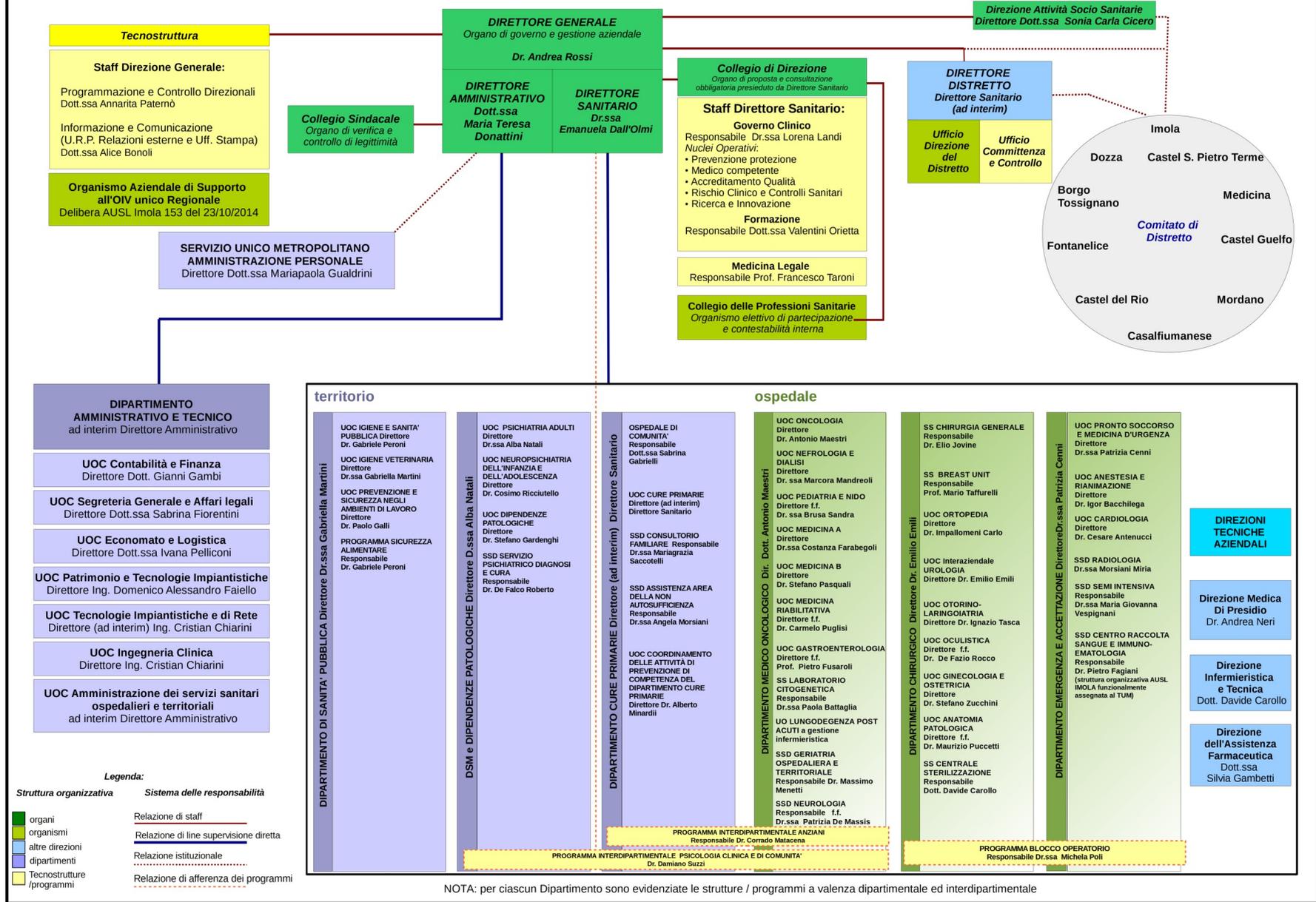
L'assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- 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.

Assetto organizzativo AUSL di Imola (Del. n. 4 del 14/1/2009 "Regolamento Attuativo" e ss.mm.ii)

Aggiornato al 01/05/2018



2. Executive Summary

L'anno 2017 per l'AUSL di Imola si caratterizza per l'impegno profuso, in continuità con l'anno precedente, 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, che va 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 nell'anno 2017 in linea con gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'Azienda e declinati nel Piano della Performance per il triennio 2016-2018**. 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 2017.

In conclusione vengono riportati, in tabella, gli indicatori presenti su **InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna)** di riferimento con l'indicazione del risultato raggiunto nel 2017 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 n. 2042/2015
1	Dimensione di performance dell'utente	
1.1	Area dell'accesso	1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialista ambulatoriale e di ricovero
		1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialista e farmaceutico (esclusa parte farmaceutica)
1.2	Area dell'integrazione	1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale
		1.8 Integrazione socio sanitaria
1.3	Area degli esiti	
2	Dimensione di performance dei processi interni	
2.1	Area della produzione	1.1 Riordino Assistenza ospedaliera
		1.2 Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio
		1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2	Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
		1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialista e farmaceutico (solo parte farmaceutica)
2.3	Area dell'organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistica delle Aziende
		2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
		2.6 Adempimenti nei flussi informativi
2.4	Area dell'antirruzione e della Trasparenza	
3	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	
3.1	Area della ricerca e della didattica	
3.2	Area dello sviluppo organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
4	Dimensione di performance della sostenibilità	
4.1	Area economico-finanziaria	2.1 Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
		2.5 Governo delle risorse umane
4.2	Area degli investimenti	2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

In particolare, i principali obiettivi perseguiti dall'azienda, che caratterizzano l'anno che si è concluso, riguardano:

Riordino dell'Assistenza Ospedaliera

Secondo le indicazioni contenute nella 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", l'Azienda si è impegnata in azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, come è possibile approfondire al paragrafo del presente documento 5.1 Riordino assistenza ospedaliera.

Reti cliniche Integrate

L'AUSL di Imola ha avviato nel corso degli ultimi anni 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'esercizio 2017 ha visto la prosecuzione e l'avvio di nuove progettazioni di Accordi di integrazione mediante gestione interaziendale delle attività di:

- Urologia, in collaborazione con l'AUSL di Bologna, a direzione AUSL di Imola
- Chirurgia Generale in collaborazione e a direzione AUSL di Bologna
- Chirurgia Senologica in collaborazione con l'AOU di Bologna, a direzione universitaria
- Genetica Medica in collaborazione con l'AOU di Bologna, a direzione universitaria.

Il novero delle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, sotto forma di **reti cliniche integrate e rapporti Hub & Spoke**, oltre alle soprarichiamate gestioni interaziendali, 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.
 - Trattamenti endovascolari per Stroke, mediante invio all'Ospedale Maggiore di Bologna, dei pazienti per i quali vi siano indicazioni all'effettuazione di procedure di riperfusione endovascolare per il trattamento dell'ictus ischemico acuto.
 - Integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM).
 - Anatomia Patologica per prestazioni di consulenza clinica (second opinion) e gestionale – organizzativa finalizzata all'integrazione nella costituenda Rete metropolitana di Anatomia Patologica.
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (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 H.24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza.
 - Gestione interaziendale dell'Urologia (a direzione dell'AUSL di Imola).
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le attività specialistiche di:
 - Chirurgia vascolare, Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica.
 - Fisica sanitaria, Infettivologia, Anestesiologia.
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano 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.

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.

Miglioramento dei processi

Ai sensi della DGR 1827/2017 recante "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Emilia Romagna" l'AUSL di Imola ha redatto il Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello delle criticità rilevate coinvolgendo tutte le risorse dell'assistenza ospedaliera e territoriale interessate. L'Azienda ha profuso un particolare impegno sul fronte della programmazione e realizzazione del Piano per il contenimento delle liste di attesa (si rimanda a tal proposito al capitolo 3 "Area dell'accesso") e di un programma per la campagna vaccinale (dettagliato al paragrafo 5.3 "Attività di prevenzione e promozione della salute") che ha portato l'AUSL di Imola a registrare una delle migliori performance a livello regionali in termini di adesione.

Miglioramento dei livelli di appropriatezza e di esito di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015

Particolare attenzione è stata rivolta al perseguimento di performance coerenti con gli indicatori di efficienza di cui alla DGR 830/2017, specialmente in ordine ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Per quanto riguarda gli indicatori di esito si deve rilevare in particolare il mantenimento di una buona performance per quanto riguarda la Frattura femore relativamente alla percentuale di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore su pazienti over 65 anni con frattura femore (paragrafo 3.2 "Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico").

Programmi di Area Metropolitana - Area Vasta in Ambito amministrativo e tecnico

In attuazione degli indirizzi regionali e delle politiche di integrazione di funzioni e servizi sovra aziendali, l'Azienda ha garantito la propria partecipazione ai progetti in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta per quanto riguarda l'ambito dei Servizi amministrativi e della Logistica.

Posto il consolidamento delle funzioni del servizio Provveditorato, già unificato nel "Servizio Acquisti Metropolitan" (SAM) facente capo all'AUSL di Bologna, l'AUSL di Imola ha avviato i progetti di integrazione strutturata con il Servizio Unico Metropolitan (SUM), costituito mediante fusione delle funzioni amministrative nei settori: Risorse Umane, Economato-Logistica, Contabilità e Finanza. L'attuazione operativa è prevista per fasi progressive, correlate in particolare all'implementazione dei software gestionali di applicazione regionale. Nel 2017 è

stata realizzata l'integrazione delle funzioni della UOC Gestione Risorse Umane nel SUMAP (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale) e l'implementazione del software GRU - Gestione Risorse Umane. Si veda per un approfondimento dettagliato il paragrafo 7.1 "Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici".

3. Area dell'accesso

3.1 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 tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Per il 2017 si è prestato particolare impegno rispetto:

- al miglioramento dell'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.
- all'incremento delle 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.

Pertanto, per l'anno 2017, si sono perseguiti gli obiettivi concordati sotto specificati:

A) Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni monitorate entro i tempi di attesa standard

Indicatore e target: Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS): obiettivo $\geq 90\%$. Durante tutto il 2017 e in tutte le singole settimane, il volume complessivo delle prenotazioni relative alle prestazioni monitorate si è mantenuto entro i 30 - 60 - 90 gg come da standard per una percentuale $\geq 90\%$; anche la percentuale delle prenotazioni per singola prestazione nella maggioranza delle rilevazioni si è mantenuta entro tale standard (fonte MAPS).

B) Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione delle mancate presentazioni agli appuntamenti, il dato 2017 non è ancora stato elaborato, se non a campione. La campionatura ha comunque dimostrato che non si nota una riduzione del fenomeno.

C) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013)

Indicatore e target: Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche dell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA): obiettivo riduzione $\geq -20\%$.

ANNI		2012	2015	2017
TAC	AUSL Imola	507	410	424
	Altra AUSL RER	297	283	227
	Altra regione	27	48	
Totale		831	741	651

Differenza TC 2017 - 2012	-22%
--------------------------------------	-------------

ANNI		2012	2015	2017
RM N	AUSL Imola	4.394	5.738	5.131
	Altra AUSL RER	1.289	1.985	1.670
	Altra regione	1.737	1.478	
Totale		7.420	9.201	6.801
Differenza RMN 2017 - 2012		-8,3%		
Differenza RMN 2017 - 2015		-26,1%		

Nelle tabelle sopra riportate vengono presentati i dati di consumo delle prestazioni oggetto del monitoraggio (fonte dati: flusso ASA). Per quanto riguarda le TC DGR 704/2013, si nota la progressiva diminuzione del consumo, diminuzione che nel 2017 è del -22% rispetto al 2012. Per quanto riguarda le RM DGR 704/2013 è necessario tenere conto del significativo aumento della produzione e del consumo dell'anno 2015, aumento reso necessario dalla necessità di contenere i tempi di attesa e di diminuire le prestazioni erogate fuori regione. Per questi motivi risulta molto significativa la drastica diminuzione nel consumo delle RM del 2017 rispetto al 2015 (-26%).

D) Prescrizioni e prenotazione dei controlli - ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente

Indicatore e target: numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA/ARMP/DEMA): \geq valore 2016. La tabella evidenzia il numero di prescrizioni DEMA emesse da specialisti della AUSL di Imola nel 2016 e nel 2017 (fonte dati: CUP2000): si rileva il significativo aumento di tali prescrizioni (+44%).

Prescrizioni valide		Differenza	Diff. %
2016	2017	2016 - 2017	2016 - 2017
52.738	75.898	23.160	44%

E) % numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP: obiettivo \geq 80%

Per quanto riguarda l'obiettivo sulla prenotazione WEB, la Regione ha individuato nell'ambito del Catalogo prescrivibile un pannello di 538 prestazioni. Di queste 538 attualmente presso la nostra Azienda 281 sono già prenotabili online tramite Fascicolo Sanitario Elettronico, 88 non sono state inserite in quanto non erogabili dall'Azienda per mancanza di disciplina/strumento e 169 che dovranno esser inserite in prenotazione o come nota esplicativa del percorso di accesso. Il confronto 2017 su 2016 è invariato.

Come AUSL di Imola, in aggiunta al pannello di prestazioni regionale, si sono da tempo resi prenotabili online anche gli esami di Laboratorio (prenotazioni che hanno numeri molto elevati), nonché le certificazioni della Sanità Pubblica (patenti, porto d'armi, corsi alimentaristi) e alcune vaccinazioni. Sono in via di inserimento, inoltre, le visite per l'idoneità sportiva agonistica.

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati, relativamente ai **trimestri 2017** 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 entro lo standard risultano uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni; il colore giallo indica che le prenotazioni entro lo standard sono comprese tra 60-89%; il colore rosso indica che le prenotazioni entro lo standard sono minori del 60% sul totale delle prenotazioni.

Prestazioni	GENNAIO - MARZO 2017		APRILE - GIUGNO 2017		LUGLIO - SETTEMBRE 2017		OTTOBRE - DICEMBRE 2017	
	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance
01 Visita Oculistica	1.772	80%	1.561	82%	1.100	100%	1.664	75%
02 Visita Urologica	745	100%	650	100%	634	100%	582	88%
03 Visita Fisiatrica	727	100%	639	100%	658	100%	630	100%
04 Visita Endocrinologica	373	100%	269	100%	275	100%	318	97%
05 Visita Neurologica	560	97%	286	85%	292	66%	491	85%
06 Visita Ortopedica	953	93%	702	99%	1.081	100%	1.162	100%
07 Visita Oncologica	56	95%	38	100%	42	100%	41	98%
08 Visita Cardiologica	1.049	100%	895	98%	700	80%	1.056	100%
22 Visita Ginecologica	667	100%	548	100%	482	89%	406	100%
23 Visita Dermatologica	1.735	100%	1.583	99%	1.426	92%	1.192	77%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	1.850	100%	1.029	76%	1.186	98%	1.306	99%
25 Visita Chirurgia Vascolare	7	100%	0	0	0	0	0	0
40 Visita Gastroenterologica	448	66%	439	76%	408	90%	387	95%
41 Visita Pneumologica	405	61%	358	55%	347	57%	334	65%
48 Visita ostetrica	58	100%	48	100%	20	100%	2	100%
50 Visita Senologica	97	100%	76	100%	68	100%	92	100%
totale	11.502	93,5%	9.121	90,40%	8.719	92,90%	9.663	89,70%

Prestazioni	GENNAIO - MARZO 2017		APRILE - GIUGNO 2017		LUGLIO - SETTEMBRE 2017		OTTOBRE - DICEMBRE 2017	
	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance	N.RO Prenotazioni	Indice di performance
09 Colonscopia	596	100%	396	96%	429	100%	417	88%
10 EMG	308	93%	242	100%	177	100%	252	100%
11 Ecocolordoppler	2240	100%	1749	100%	1333	100%	1724	100%
12 Ecografia Addome	1905	100%	1559	100%	1437	99%	1627	100%
13 Gastroscoopia	310	64%	200	97%	244	95%	260	100%
14 TAC del Capo	155	100%	119	100%	123	100%	153	100%
15 TAC Addome	118	98%	81	100%	129	100%	116	100%
16 RMN Cerebrale	315	100%	260	100%	253	100%	276	100%
17 RMN Addome	61	100%	57	100%	59	100%	79	91%
18 RMN della Colonna	671	94%	465	98%	457	88%	489	88%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	55	100%	50	100%	61	100%	51	100%
27 TAC Bacino	5	100%	7	100%	4	100%	4	100%
28 TAC Torace	168	100%	163	99%	150	100%	117	100%
29 Ecografia Mammella	13	100%	17	94%	11	100%	5	100%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	890	100%	750	92%	642	95%	874	90%
35 Elettocardiogramma	442	100%	341	100%	387	99%	379	99%
36 Elettocardiogramma Holter	285	100%	248	99%	230	100%	233	79%
37 Audiometria	592	100%	364	97%	373	96%	453	100%
38 Spirometria	400	91%	290	79%	320	98%	282	79%
39 Fondo Oculare	188	96%	170	41%	130	75%	141	93%
42 Mammografia	286	90%	214	100%	235	100%	208	100%
43 Ecografia capo e collo	881	100%	816	96%	769	98%	649	100%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	520	100%	436	100%	381	100%	406	100%
45 ECG da sforzo	164	100%	115	87%	102	63%	194	70%
46 RM muscoloscheletrica	749	100%	642	100%	677	100%	733	100%
totale	12.317	97,9%	9.751	96,8%	9.113	97,6%	10.122	96,1%

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

A) Strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato

Identificazione del Responsabile Unico Aziendale

Con Delibera del Direttore Generale n. 70/2017 si è provveduto all'individuazione del responsabile unico aziendale per la corretta gestione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni di ricovero.

Completamento dell'informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale

L'informatizzazione delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico programmato è completamente diffusa a livello aziendale grazie all'adozione di applicativo informatico dedicato alla gestione delle prenotazioni. L'applicativo informatico consente un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa di tipo retrospettivo e prospettico, con sistemi di alert in grado di consentire interventi mirati laddove risultino superati i tempi di attesa previsti dalla classe di priorità.

Si è garantita la completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) al fine di consentire il monitoraggio dei tempi di attesa a livello Regionale. Tutte le categorie diagnostiche previste dal Nomenclatore relative alle discipline chirurgiche presenti in Azienda (Chirurgia generale, Urologia, Ginecologia, CardioUtic, Ortopedia, Otorinolaringoiatria)

sono state associate al codice Sigla pertinente al fine di consentire la trasmissione del flusso informativo verso il database regionale. Sono stati attivati percorsi organizzativi per la pulizia delle liste e verifiche periodiche delle liste medesime al fine di garantire un corretto monitoraggio in tempo reale. Permangono ad oggi criticità nella corrispondenza dei dati tra registro informatizzato aziendale e data base SIGLA per la risoluzione delle quali sono in corso confronti diretti tra Servizio ICT aziendale e ICT regionale.

Monitoraggio dei volumi PRP e dei tempi di attesa in regime istituzionale e in libera professione (relativamente alla prestazione di ricovero e al percorso di accesso)

E' stato condotto anche nell'anno 2017 un monitoraggio a campione trimestrale per ogni lista di attesa al fine di rilevare eventuali differenze significative tra ricoveri originati da visita ambulatoriale istituzionale vs LP e corrette eventuali criticità rilevate. La produzione dei report rientra altresì negli obblighi di monitoraggio del Piano Aziendale Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPCT 2017-2019 Del. DG 20/2017).

Strumenti per il monitoraggio

Nel mese di Dicembre 2017 si è provveduto ad implementare nel registro informatizzato per la gestione delle liste di attesa il nuovo Nomenclatore al fine di avviare, a partire dal 1 Gennaio 2018, la rilevazione prevista dalla versione 2.0 della classificazione SIGLA.

Appropriatezza

Valutazione multidisciplinare in oncologia: al fine di rendere omogenei i percorsi aziendali di valutazione multidisciplinare dei casi oncologici (valutazione già effettuata per tutte le specialità chirurgiche), con nota del DS prot. n. 31583/2017 si è costituito il "Team Aziendale per la valutazione multidisciplinare dei casi oncologici della AUSL di Imola", composto dalle seguenti figure professionali:

- Coordinatore medico: Direttore Dipartimento Medico - Oncologico.
- Coordinatore infermieristico: Responsabile Day Service oncologico.
- Referente per la Diagnostica per Immagini e Radioterapia: Responsabile della SS Radiodiagnostica.
- Referente per Anatomia Patologica: Direttore ff UOC Anatomia Patologica.
- Referente per le specialità chirurgiche: Direttore del Dipartimento Chirurgico.
- Referente per la Direzione Sanitaria: RUA tempi di attesa.

Per le Unità operative a valenza interaziendale di Area metropolitana (Chirurgia Generale, Breast Unit, Urologia) sono in corso di definizione procedure per standardizzare il percorso del paziente chirurgico oncologico e raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica che garantiscano la coerenza dei percorsi di accesso.

Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria

I percorsi pre-operatori sono standardizzati per tutte le UUOO chirurgiche. Viene utilizzato un modello unico aziendale di prenotazione del ricovero chirurgico (condiviso tra chirurghi ed anestesisti) con profili standard di riferimento che consente una presa in carico differenziata per la bassa/alta complessità (punteggio ASA e panel di esami laboratoristici e strumentali). E'

presente un servizio unico centralizzato a conduzione infermieristica per l'effettuazione del percorso preoperatorio (Ambulatorio Operandi). La valutazione anestesiológica ed infermieristica è riportata in un format unico aziendale di cartella anestesiológica pre operatoria.

Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità

Nel mese di Maggio 2017 tutti i Direttori/Responsabili di UO chirurgica hanno formalizzato alla Direzione Sanitaria i criteri di assegnazione dei casi alle classi di priorità e hanno ricevuto mandato di monitorare il rispetto delle indicazioni fornite da parte dei propri collaboratori.

Obiettivi e tempi di attesa

Si riportano i risultati del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero nel periodo 4-16 dicembre 2017 (nota PG/2017/0709681 del 09/11/2017).

a) Patologie neoplastiche (90 % dei casi entro 30 gg):	100 %
b) Protesi d'anca (90% dei casi entro 180 gg):	100%
c) Angioplastica Coronarica (PTCA) (90% entro la classe):	85,7%
d) Biopsia percutanea del fegato (90% entro la classe):	100%
e) Emorroidectomia (90% entro la classe):	100%
f) Riparazione ernia inguinale (90% entro la classe):	50 %
g) Tonsillectomia (90% entro la classe):	100%
h) TOTALE AZIENDA (standard 90%)	94,4%

Si propone di seguito una tabella riepilogativa dei **tempi di attesa per classi di priorità** delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale i cui dati, tratti dalla Reportistica predefinita RER - Ricoveri programmati nel periodo gennaio - dicembre 2017 (Fonte Banca dati SDO: dato consolidato senza mobilità passiva), sono a confronto con il dato medio regionale.

Ricoveri programmati: Tempi di attesa per prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto di monitoraggio RER (2017 consolidato)

Tempi di attesa assistenza ospedaliera oggetto di monitoraggio RER Fonte Banca dati SDO RER	Ricoveri Programmati	% Tempi di attesa > 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% T atte
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	33	0	84,8	100				
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	46	0	30,4	82,6	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	6	0	83,3	83,3	83,3	100		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	15	0	93,3	100				

B) Comunicazione al paziente

Semplificazione accesso

I percorsi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato sono uniformi a livello aziendale.

Dopo la visita ambulatoriale da parte di un chirurgo dell'equipe, il paziente viene inserito in lista di attesa, convocato per l'effettuazione del percorso pre-operatorio e convocato per effettuare l'intervento chirurgico.

Per il trattamento di alcune patologie (es. oncologiche, chirurgia epato-biliare, ecc.) sono attivi percorsi diagnostici di Day service ambulatoriale/valutazione multidisciplinare dei casi oncologici al fine di consentire il completamento diagnostico prima della conferma dell'iter terapeutico (iter chirurgico e/o altro) e prima dell'inserimento in lista di attesa.

E' in corso di definizione il "Regolamento per la gestione delle liste di attesa", inerente le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato, uniforme in ambito metropolitano (AUSL di Imola, AUSL di Bologna, AOSP Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli) in recepimento delle Linee di indirizzo regionali (PG/2017/609154 del 13/09/2017 - CIRCOLARE N 7 - Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna).

Comunicazione e informazione al paziente in corso di permanenza in lista

I pazienti in lista di attesa vengono informati dal medico prescrittore del loro inserimento in lista di attesa e della priorità assegnata al caso e del tempo medio di attesa per tipologia di intervento. In qualunque momento del percorso il paziente può contattare i "punti di accesso" specifici per UO ottenendo informazioni relative al suo stato di permanenza in lista di attesa. In caso di aggravamento della sintomatologia il paziente può richiedere una rivalutazione medica prenotata su agende interne ed effettuata entro pochi giorni dalla segnalazione.

E' inoltre possibile registrare le indisponibilità richieste dal paziente durante il periodo di attesa al fine di imputare al singolo caso il tempo reale di attesa, al netto dei giorni di sospensione. E' in corso di implementazione sull'applicativo aziendale di gestione delle liste di attesa la funzione di calcolo automatico del tempo di attesa medio che consentirà di fornire in tempo reale una data presunta di ricovero al momento della prenotazione dell'intervento.

C) Miglioramento della capacità produttiva

Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche

Allo stato attuale l'integrazione informatica del registro di prenotazione dei ricoveri chirurgici con il registro di sala operatoria è in corso di valutazione.

Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza /criticità delle liste di attesa

La programmazione delle risorse chirurgiche e anestesologiche è stata riorientata sulla base delle criticità delle liste di attesa. Si è proceduto alla assegnazione di una seduta settimanale (6H) aggiuntiva stabile alla SSIA Chirurgia Generale e all'assegnazione di sedute aggiuntive in SIMILALP (periodo settembre-dicembre 2017: +56H) alle unità operative con maggiori criticità. L'aumento di produzione registrato (2017 vs 2016) è pari a +114 interventi programmati per la SSIA Chirurgia generale è +60 per l'UOC Urologia.

Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su 6 giorni

Per il superamento delle criticità in particolare di alcune liste di attesa, si è provveduto ad assegnare, a partire da Ottobre 2017, sedute aggiuntive nella giornata del sabato (n. 4 al 31/12/2017).

Finalizzazione delle attività riconosciute come attività aggiuntiva al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato

La carenza di personale infermieristico di sala operatoria e medici anestesisti, criticità che ha caratterizzato in maniera importante diversi periodi dell'anno, ha molto influito sulla possibilità di reclutare professionisti per lo svolgimento di attività aggiuntiva in regime di SIMILALP. E' in corso di implementazione un piano orientato di assunzioni di risorse dedicate principalmente alle attività di sala operatoria.

Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h

E' stato avviato un monitoraggio periodico delle dimissioni per intervento rinviato (codici diagnosi: V.64.3, V.64.2, V 64.1) al fine di stimare, in particolare, il contributo dei rinvii per cause organizzative.

Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa

Nel 2017 sono stati formalizzati accordi interaziendali ed individuato un gruppo di lavoro dei RUA metropolitani che consentiranno in un prossimo futuro di attivare modalità esplicite di integrazione dell'offerta per ambito provinciale al fine di garantire all'utente l'offerta di una eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa.

Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia

La percentuale dei ricoveri chirurgici erogati in regime di libera professione sul totale ricoveri chirurgici programmati per l'anno 2017 è pari a: 0,9%. Contestualmente durante l'anno è stato condotto un monitoraggio campione a cadenza trimestrale per comparare i tempi di attesa dei ricoveri in relazione alla tipologia di visita ambulatoriale (istituzionale o LP) che ha dato origine all'accesso. Le verifiche hanno consentito di rilevare eventuali differenze nei tempi di attesa per classe di priorità e correggere fenomeni opportunistici da parte dei medici prescrittori.

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

Gli atti di programmazione regionale hanno previsto il completamento del riordino della rete ospedaliera in base alle indicazioni contenute nella DGR n. 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 riduzione di 19 PL al 31.12.2017, ottenuta attraverso la conversione di attività di Day Hospital/Day Surgery al regime ambulatoriale, rappresenta il contributo aziendale alla riduzione di 225 PL in area metropolitana rispetto alle dotazioni all'1.9.2015. L'Azienda ha, inoltre, messo

in campo azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera.

Rispetto degli indicatori di esito, di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015

In particolare:

- 1) Frattura femore: percentuale di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore su pazienti over 65 anni con frattura femore.
- 2) Colectomia: proporzione di colectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.
- 3) Maternità: percentuale di tagli cesari primari.

Si riportano, nella tabella che segue, gli indicatori sopra elencati con i relativi esiti registrati unitamente al valore standard atteso.

INDICATORI DI ESITO DM 70/2015 e DGR 2040/2015	TARGET REGIONALE	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dalla ammissione	>75%	91,28%	84,15%	90,77%
Proporzione di colectomie laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	>75%	57,81%	67,92%	56,76%
Proporzioni di tagli cesari primari in Maternità di 1 livello o con parti < 1.000	<15%	21,05%	21,03%	20,67%

Miglioramento dei livelli di appropriatezza, di cui alla DGR 830/2017

Nell'ambito degli indicatori di efficienza, la DGR 830/2017 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, il cui valore atteso è <0,21 (<21%).

In specifico, la programmazione regionale prevede 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 inappropriatezza, individuando specifici DRG rispetto ai quali raggiungere una diminuzione di almeno 5 punti percentuali rispetto al 2016, mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero in qualità di setting più appropriati (day hospital o ambulatoriale).

La produzione di tali DRG, di seguito elencati, riguarda a livello aziendale l'attività di Chirurgia Generale, Chirurgia Ortopedica, Cardiologia, Medicina urgenza, Pediatria, Geriatria, Gastroenterologia e SPDC:

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife.
- DRG 088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva.
- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC.
- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età>17 anni senza CC.
- DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale.
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.

- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC.

La performance dell'AUSL di Imola risulta a livello complessivo in linea con il valore atteso: nel 2016 è stato registrato un valore pari a 0,21; nel 2017 è stato registrato un rapporto pari al 0,22.

La DGR 830/2017 dava come obiettivo per il 2017 per i DRG 008, 088, 158, 160, 503, 538 di raggiungere livelli \leq almeno di 5 punti percentuali rispetto ai valori dell'anno 2016 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero. In relazione all'obiettivo si osserva:

DRG ad alto rischio di inappropriatazza	Dimessi in regime ordinario		variazione percentuale
	2016	2017	
008C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	15	13	-13%
158C-INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	35	15	-57%
160C-INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	7	11	57%
503C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	93	131	41%
538C-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	58	53	-9%
088-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	114	120	5%
TOTALE	322	343	7%

4. Area dell'integrazione

4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Le Case della Salute e la Medicina di iniziativa

Nel territorio dell'AUSL di Imola sono presenti le Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme e Medicina 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 e con la recente DGR 2128/2016. Nel corso del 2017 si è registrata una ulteriore fase di sviluppo, anche in ambito di medicina di iniziativa, in relazione a:

- percorsi multidisciplinari attivati nelle Case della Salute e rendicontati nell'anagrafe regionale delle Case della Salute; numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive (obiettivo = 100%);
- numero Case della Salute a media/alta intensità con board gestionale organizzativo/Numero delle Case delle Salute a media/alta intensità attive (obiettivo = 100%) si registra l'attivazione e rendicontazione nell'anagrafe regionale di percorsi multidisciplinari (prot. n. 0028886 del 22/9/2017);
- con deliberazione del DG n. 11 del 2.2.2015 è stato individuato e nominato un unico referente organizzativo ed un unico board gestionale per entrambe le Case della Salute.

In riferimento al numero di ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive si rileva che in ognuna delle due Case della Salute di CSPT e Medicina è attivo l'ambulatorio per la gestione della cronicità.

Lo sviluppo della presa in carico e della cronicità secondo l'approccio della medicina di iniziativa - in coerenza con linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale - è attiva dall'anno 2014 sia presso la sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola che presso la Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme e Medicina.

La popolazione eleggibile include soggetti deambulanti e non istituzionalizzati, ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbidità e di utilizzo dei servizi (storia di ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia) affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia) e malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco). Sono stati arruolati per il percorso anche i pazienti con diabete mellito "complessi" (diabetici con multimorbidità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi).

E' stata introdotta la figura dell'infermiere care-manager dell'ambulatorio che si assume la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale. Associazioni e rappresentanti dei cittadini sono

coinvolti nello spettro di possibilità assistenziali/attività proposte ai pazienti in carico, in particolare sulla promozione di stili di vita sani.

Dal lato del MMG la presa in carico del paziente cronico complesso ha previsto l'utilizzo di due diversi modelli organizzativi, ovvero l'inserimento di questa attività all'interno del modello di Continuità Assistenziale Diurna per i N.C.P. imolesi mentre per i restanti N.C.P. delle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina, gli orari di attività sono aggiuntivi. In entrambi i casi la presa in carico multi professionale è effettuata salvaguardando il rapporto fiduciario MMG-assistito.

Il monitoraggio del progetto di presa in carico del paziente cronico complesso viene effettuato in collaborazione con l'Università Bocconi, che nella progettualità ha pianificato in questo triennio una serie di interventi formativi rivolti agli operatori aziendali coinvolti nel progetto e sistematicamente effettua una rendicontazione in collaborazione con il controllo di gestione e tecnologie informatiche dell'AUSL di Imola.

Rispetto alla presa in carico della fragilità, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione" l'AUSL di Imola sta pianificando l'intervento con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale, in coerenza con gli sviluppi del relativo progetto 6.3 del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Ospedali di Comunità OS.CO.

Presso l'AUSL di Imola è attivo, da aprile 2014, l'Ospedale di Comunità (Os.Co.) di Castel San Pietro Terme, dotato di 21 posti letto ed ubicato all'interno della Casa della Salute, dove trova collocazione anche l'Hospice Territoriale (HT). La responsabilità assistenziale, gestionale e organizzativa dell'Os.Co. è attribuita ad un Dirigente infermieristico che è anche Responsabile delle CdS di Castel San Pietro e Medicina. L'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie definite (dal lunedì al venerdì diurno) da una equipe multidisciplinare (internistico/geriatrica, palliativistica, sanità pubblica e cure primarie) in modo integrato fra Os.Co. e H.T.; la copertura dell'assistenza medica nelle fasce orarie notturne, sabato, prefestivi e festivi è affidata al Servizio di Continuità assistenziale che agisce su chiamata del personale infermieristico. Nelle restanti fasce orarie è il personale infermieristico che garantisce la continuità assistenziale e agisce in caso di urgenza/emergenza clinica su procedure definite.

Di seguito si rendicontano gli indicatori di cui alla DGR 830/2017. Percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri (2016: 30%): per il 2017 è atteso 50%. Si deve evidenziare, secondo il modello organizzativo in essere che il ricovero viene proposto nel 97% dei casi dal medico ospedaliero a cui segue la valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe dell'Os.Co. al fine di valutare l'idoneità all'ingresso del paziente.

Relativamente alla % PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/numero PAI (obiettivo = 100%): all'ingresso in Os.Co. vengono redatti al 100% i PAI con pazienti/caregiver.

La Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 2016: 20,48) ha come obiettivo ≤ 20 giorni: nel corso dell'anno 2017 secondo il monitoraggio del relativo flusso SIRCO la degenza media dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme risulta essere di 20 giorni.

Si riporta di seguito in tabella la sintesi dei volumi e i dati di efficienza relativi al 2016 e 2017 a confronto, che mostrano un significativo incremento dei casi trattati e delle giornate di degenza in SRCI, pur mantenendo buoni valori in termini di degenza media e tasso di occupazione.

OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI)	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Posti letto	21	21	0	0,0%
Posti letto medi	15,6	20,1	5	28,8%
Casi trattati	225	345	120	53,3%
Degenza media	22,9	19,8	-3	-13,5%
Giornate di degenza	5.145	6.827	1.682	32,7%
Tasso occupazione media	90,2%	93,0%	0,03	3,1%

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

In tabella la sintesi sui volumi, relativi al 2016 e 2017 a confronto, mostra un importante incremento di casi trattati e di giornate di degenza, mentre per quanto riguarda i dati di efficienza si evidenzia un tasso di occupazione in netto miglioramento (81,8% vs 92,8%).

HOSPICE TERRITORIALE CSPT	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Posti letto	12	12	0	0,0%
Posti letto medi	8,1	10,8	3	33,3%
Casi trattati	157	198	41	26,1%
Degenza media	15,5	18,4	3	18,7%
Giornate di degenza	2.433	3.640	1.207	49,6%
Tasso occupazione media	81,8%	92,8%	0,11	13,4%

Cure palliative

La riorganizzazione della rete locale delle cure palliative così come prevista dalla DGR 560/2015, che armonizza ed integra i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012, è stata avviata nel 2016 con la costituzione di gruppo di lavoro multiprofessionale che ha coinvolto 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). E' stata pianificata l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri dipendenti e convenzionati, svolta nella primavera 2017. 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 la definizione (nel flusso informativo ADI), delle ADI palliative di base e specialistiche.

Relativamente al monitoraggio degli indicatori definiti dal DM 43/2007, si riportano i risultati riferiti al 2017:

- Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale). Target atteso: valore in diminuzione rispetto all'anno precedente di almeno il 5%. L'indicatore SIVER (IND0655) "Variazione % pazienti oncologici deceduti in ospedale sul totale deceduti per causa oncologica rispetto all'anno precedente" presenta nel 2017 un dato di variazione percentuale in diminuzione del -27,95% rispetto all'anno 2016.
- Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti a domicilio), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. Target atteso: <=25%. L'indicatore SIVER (IND0656) "% ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni" presenta un dato 2017 pari a 29,23%.

Continuità assistenziale - Dimissioni protette

La continuità ospedale - territorio è da anni ambito di impegno per l'AUSL di Imola che già nel 2012 ha emanato la prima procedura formalizzata per la gestione dei pazienti complessi in dimissione dall'Ospedale. Tale procedura, revisionata negli anni successivi, prevede la segnalazione precoce al PUA (Punto Unico di Accoglienza ospedaliero) dei pazienti ricoverati con potenziale necessità di dimissione protetta; attraverso tale segnalazione si aprono i percorsi di collaborazione con i punti di Accoglienza territoriali.

Le azioni programmate riguardano in primo luogo la verifica dell'attuabilità del ruolo "infermiere case manager" in senso stretto, in quanto attualmente tale funzione è svolta nel suo complesso dagli operatori del Punto Unico di Accoglienza Infermieristico; sarà inoltre verificato il puntuale tracciamento ed inserimento dei dati di attività infermieristica domiciliare. L'indicatore sul N.ro PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N.ro PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (target = 45%) proposto, registra una performance (Fonte SIVER IND0289) per l'AUSL di Imola relativa all'anno 2017 pari al 22,01%. Nel 2016 la performance è stata del 19,35%.

Sul fronte dell'**Assistenza infermieristica domiciliare**, il 2017 registra un incremento dei pazienti presi in carico (compreso gli occasionali): +4,4%, pari a +182 pazienti rispetto al 2016, con un coerente aumento degli accessi infermieristici: +8,3%, pari a +4.393 accessi. Di conseguenza si rileva un aumento significativo anche delle prestazioni infermieristiche erogate, rispetto all'anno precedente: +11%, pari a +10.369 prestazioni. Al netto degli occasionali gli andamenti in incremento si confermano gli stessi.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2016	2017	Var. ass.	Var. %
PAZIENTI IN CARICO	4.159	4.341	182	4,4%
ACCESSI INFERMIERISTICI	52.892	57.285	4.393	8,3%
ACCESSI INFERMIERISTICI PER PAZIENTE	12,7	13,2	0,48	3,8%
PRESTAZIONI EROGATE	96.195	106.564	10.369	10,8%

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 2017 Episodi per Livello di assistenza	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
IMOLA	2.701	67,1%	591	14,7%	734	18,2%	4.026	100%
TOTALE RER	90.509	66,6%	31.611	23,3%	13.778	10,1%	135.898	100%

ADI 2017 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA		CURE PALLIATIVE DI BASE		CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
IMOLA	1.371	34,1%	2.407	59,8%	166	4,1%	62	1,5%	20	0,5%	4.026	100%
TOTALE RER	61.622	45,3%	62.978	46,3%	5.789	4,3%	3.525	2,6%	1.984	1,5%	135.898	100%

Relativamente all'**Assistenza agli anziani non autosufficienti** si conferma sostanzialmente, a confronto con l'anno precedente, il volume delle giornate di degenza nelle strutture residenziali: -1%, pari a -1.567 giornate di degenza, di cui temporanei in RSA -7%, pari a -189 giornate di degenza. Anche le giornate di presenza in strutture semi-residenziali rispetto all'anno 2016 si confermano in termini di volumi assoluti.

Il tasso di occupazione dei posti letto temporanei in RSA (n. 8 posti fino al 17/5/2017 e dal 18/5/2017 ridotti a posti n.7) si attesta al 98,14% con un calo di 1 punto e mezzo rispetto al 2016. Il tasso di occupazione PL accreditati (505) più una quota parte privati nelle stesse CRA si attesta al 98% in sostanziale mantenimento all'anno precedente (98,39% nel 2016).

VOLUMI IN GG DI DEGENZA	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Strutture Residenziali	180.336	178.769	-1.567	-1%
di cui temporanei in RSA	2.831	2.642	-189	-7%
Strutture Semi residenziali	14.455	14.454	-1	0%
Tasso di occupazione PL temporanei in RSA	99,69%	98,14%		-1,6%
Tasso di occupazione PL accreditati	98,39%	98,00%		-0,4%

Psichiatria Adulti. Sotto il profilo della degenza ospedaliera si osserva un lieve incremento dei casi trattati in SPDC pari a +2,7%. I casi in RTI presentano un incremento pari a +28% (+62 casi).

PSICHIATRIA ADULTI	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Casi trattati in degenza ordinaria	300	308	8	2,7%
Casi trattati in RTI (n.ro dimessi)	220	282	62	28,2%
Casi totali	520	590	70	13,5%

Sul versante territoriale, i dati evidenziano un incremento complessivo degli utenti del CSM pari a +5,5% (+138 casi).

TERRITORIALE	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Utenti CSM	2.512	2.650	138	5,5%
Casi in Day Hospital Territoriale	50	79	29	58%
Interventi di crisi in DHT	163	275	112	69%
Utenti c/o Centro Diurno	44	34	-10	-23%
Nuovi utenti presi in carico	353	360	7	2%
Dimessi	1.065	1.156	91	9%

Nell'ambito della **Neuropsichiatria Infantile** si registra un incremento significativo degli utenti in carico (+10% pari a 152 casi), dei nuovi utenti (+11,3% pari a 63 casi) ed un conseguente aumento dei volumi di prestazioni erogate (+10,5%), in coerenza col potenziamento degli interventi - su finanziamento regionale per il Progetto PRIA - nell'ambito dell'Autismo.

L'area della **Dipendenze Patologiche** registra un lieve aumento del numero di utenti in carico e delle prestazioni erogate (+3,7%). In ambito di semiresidenzialità presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno), si registra un aumento di utenti nell'anno (+5 casi) e di nuovi casi presi in carico (+3 casi).

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.526	1.678	152	10,0%
Nuovi utenti presi in carico	556	619	63	11,3%
Prestazioni erogate	23.842	26.336	2.494	10,5%
DIPENDENZE PATLOGICHE	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.070	1.085	15	1,4%
Nuovi utenti presi in carico	198	206	8	4,0%
Prestazioni erogate	32.506	33.702	1.196	3,7%

Consultorio Familiare. Gli utenti in carico presso il Consultorio risultano un volume sostanzialmente in linea con l'anno precedente; si riscontra un aumento degli accessi (+4%) in coerenza con l'incremento delle prestazioni totali (+4,6%). Le prestazioni individuali per tipo operatore mettono in evidenza un incremento in particolare legato alla attività delle ostetriche, la cui attività in ambito di sostegno al puerperio e di assistenza alla gravidanza viene dettagliata nelle tabelle che seguono.

UTENTI	2016	2017	Var. ass.	Var. %
TOTALE Utenti in carico	6.316	6.276	-40	-1%
ACCESSI	2016	2017	Var. ass.	Var. %
TOTALE Accessi	22.619	23.496	877	4%
Utenti Consultorio familiare	20.278	21.443	1.165	6%
Utenti Spazio donne immigrate e loro bambini	381	291	-90	-24%
Utenti Spazio giovani (14 - 19 anni)	1.960	1.762	-198	-10%
PRESTAZIONI	2016	2017	Var. ass.	Var. %
TOTALE Prestazioni	22.286	23.308	1.022	5%
Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie)	21.720	22.663	943	4%
Prestazioni di gruppo (gruppi di persone)	566	645	79	14%
PRESTAZIONI INDIVIDUALI	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Prestazioni individuali per Tipo Operatore	21.720	22.663	943	4%
GINECOLOGA/O	10.245	10.087	-158	-2%
OSTETRICA/O	8.445	9.488	1.043	12%
PSICOLOGA/O	3.030	3.088	58	2%

L'attività medico ostetrico-ginecologica ambulatoriale rileva invece un decremento complessivo (-2,3%) ed in particolare: -8% ecografie; -7% prime visite.

ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA				
Specialistica ambulatoriale per esterni	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Ecografia	2.608	2.399	-209	-8%
Altre prestazioni Terapeutiche	123	121	-2	-2%
Chirurgia Ambulatoriale	6	5	-1	-17%
Prima visita	3.825	3.564	-261	-7%
Visita di controllo	3.025	3.150	125	4%
Non codificata: "Valutazione esami"	560	671	111	20%
TOTALE	10.147	9.910	-237	-2,3%

ATTIVITA' OSTETRICHE				
Sostegno al puerperio	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Accessi a domicilio	164	281	117	71%
Accessi delle puerpere ambulatorio consultoriale	2.282	1.905	-377	-17%
Accessi delle ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	126	198	72	57%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	437	602	165	38%
Puerpere Totali contattate alla dimissione	545	770	225	41%
Pronto latte (n° telefonate)	775	977	202	26%
Assistenza in gravidanza	2016	2017	Var. ass.	Var. %
Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA	160	150	-10	-6%
Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA	466	390	-76	-16%
Prelievo microbiologico	928	812	-116	-13%

A completamento della rendicontazione degli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016 -2018 relativi all'area consultoriale, si riporta la rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale 2017 in riferimento agli obiettivi sotto descritti.

Materno infantile - percorso nascita

Percorso nascita. Nell'anno 2017, all'interno del Consultorio Familiare si è continuato a garantire il percorso di assistenza alla gravidanza, promuovendo l'assistenza fisiologica da parte dell'ostetrica alle gravide a basso rischio e predisponendo percorsi integrati per la gestione delle gravidanze che necessitano più profili assistenziali. I corsi di accompagnamento alla nascita sono stati offerti a tutte le gestanti afferenti al Consultorio in tutte le sue sedi. Si è proseguito nel fornire una adeguata assistenza al puerperio ancor prima della dimissione ospedaliera, con l'accesso quotidiano dell'ostetrica del Consultorio in ospedale per la presa in carico della puerpera e del neonato. A questa prima conoscenza 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 possibili anche visite domiciliari da parte dell'ostetrica per i casi che lo richiedevano.

Al Consultorio sono stati periodicamente attivati 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 esperti della prima infanzia.

Al fine di agevolare e rafforzare la relazione madre-bambino è proseguita la collaborazione di donne volontarie a sostegno delle puerpere in difficoltà, sotto la supervisione della psicologa e con l'affiancamento dell'ostetrica. Si riportano di seguito alcuni dati di attività anno 2017:

- Numero gravide assistite dai Consultori Familiari (607) / Numero totale dei parti (911) = 66,63%.
- Numero di donne nullipare che nel 2017 hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita è stato di 243, mentre la percentuale di accompagnamento alla nascita / totale dei parti di donne nullipare (239 donne residenti nel circondario imolese) = 98,35%.

- % donne straniere che nel 2017 hanno partecipato ai corsi / totale parti donne straniere nullipare = 21,07%. Nel 2017 il numero delle donne straniere che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita è di 55, per una percentuale sul totale dei parti delle donne straniere residenti nel circondario pari al 21,07%. Purtroppo è un dato risaputo che le donne straniere non partecipano, se non sporadicamente ai corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dall'Azienda. Tuttavia è significativo che negli ultimi anni il numero delle iscritte straniere sia in discreto aumento, favorito anche dall'istituzione di momenti/spazi dedicati.
- Presenza di protocolli integrati dimissione madre e bambino: % utenti residenti presi in carico dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti (obiettivo \geq media regionale). Presso l'AUSL di Imola già da diversi anni si attua il protocollo integrato per la dimissione del neonato sano. Nel 2017 le puerpere contattate dalle ostetriche in post dimissione dall'ospedale sono state n. 770.

Salute riproduttiva. Nell'anno 2017 è proseguita l'attività dello Spazio Giovani, un servizio del Consultorio Familiare creato appositamente per le/i ragazze/i dai 14 ai 21 anni. Lo Spazio Giovani offre consulenza e presa in carico in campo ostetrico, ginecologico e psicologico. Lo Spazio Giovani è aperto, ad accesso libero e gratuito, due pomeriggi alla settimana nella sede di Imola e un pomeriggio alla settimana nelle sedi di Castel San Pietro Terme e Medicina; è possibile comunicare con i professionisti anche attraverso il Web. Le/i ragazze/i possono rivolgersi allo Spazio sia spontaneamente sia indirizzati dagli adulti (genitori, PLS, MMG e insegnanti). Comprende anche un'area di tutela e promozione della salute: i progetti svolti nelle scuole costituiscono un'importante occasione di conoscenza del Servizio e delle opportunità di aiuto fornite al suo interno.

Spazio giovani. Percentuale utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop - obiettivo \geq 7% (media regionale 2016). Il totale degli adolescenti che si sono rivolti allo spazio giovani per una consulenza ginecologica, per un colloquio con le psicologhe o una consulenza con le ostetriche sono stati 473, corrispondente al 6,5% della popolazione giovanile del circondario imolese.

Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti. Dopo una fase di elaborazione progettuale avviata nel 2017, dal 21 febbraio 2018 è operativo uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per soddisfare i bisogni di salute di questa utenza con particolare riferimento alla tutela della fertilità maschile e femminile. La fase di accoglienza (ad accesso libero e gratuito) è di competenza delle ostetriche, le quali valuteranno ogni singolo caso ed intervento, qualora necessario, ai vari professionisti dell'equipe consultoriale (ginecologa, psicologa, urologo).

Percorso IVG. In merito all'indicatore “% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane” con risultato atteso inferiore al 25% da fonte SIVER (IND0542) si registra per l'anno 2017 una percentuale pari a 17,7%, in linea con l'atteso e in netto miglioramento rispetto al 2016 che registrava un 37,9%.

Rispetto all'indicatore "% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti - obiettivo $\geq 27\%$ (media regionale - anno 2016), da fonte SIVER (IND0311) nel 2017 si rileva una percentuale pari a 22,41% con un trend in aumento rispetto agli anni precedenti.

Salute in età pediatrica e adolescenziale

Promozione della salute in adolescenza. Durante l'anno 2017 è proseguita l'offerta di interventi di educazione sanitaria finalizzati al benessere e alla salute dell'adolescente, in un'ottica preventiva. I progetti realizzati nelle scuole secondarie di primo e secondo grado hanno riguardato varie tematiche e sono stati ispirati dai bisogni emersi dai ragazzi, quali:

- 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.
- Per le/i ragazze/i che frequentano le scuole superiori di secondo grado il progetto si svolge attraverso una visita guidata al Consultorio Familiare per conoscere il Servizio e le attività che vi si svolgono. Durante la visita si dà spazio alle domande sui temi della sessualità e dell'affettività; viene riservata particolare attenzione alla tematica della prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili.
- Per i ragazzi che frequentano le scuole superiori di primo grado si attua anche il progetto "W L'Amore", promosso dalla Regione Emilia-Romagna.

Nel 2017 la percentuale di adolescenti raggiunti da interventi scolastici è del 18,05%, corrispondente a n. 1.110 ragazzi su un totale di n. 6.150 frequentanti le scuole secondarie. La percentuale di adolescenti raggiunti rispetto la popolazione adolescenziale è del 15,21%.

Contrasto alla violenza. Nel corso dell'anno 2017 le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori sono proseguite in tre differenti aree. Tavolo di contrasto al maltrattamento di donne e minori:

- 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.
- Collaborazione alla stesura di una guida sui servizi socio-sanitari e sulle associazioni presenti nel territorio.
- Integrazione del percorso di accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza con le Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina.
- Formazione con Medici di Medicina Generale sui temi del maltrattamento donne e minori.

Il 25 marzo 2017 è stato organizzato un seminario formativo sugli approfondimenti medico-legali attinenti la violenza di genere.

Promozione dell'Allattamento. I risultati 2017 non sono ancora consolidati. Nel 2016 si è osservata una percentuale di allattamento completo a 3 mesi/lattanti pari al 54,26% (Obiettivo 2016: allattamento completo $> 52\%$) e a 5 mesi/lattanti pari al 25,72%. Dalla tabella si evidenzia il miglioramento della qualità del flusso dati dell'allattamento.

Anno Invio AVR	Schede compilate	SI' - E' stato allattato/a al seno	NO - Non è stato allattato/a al seno
2015	846	610	236
2016	946	683	263
2017	1029	791	238

4.2 Integrazione socio-sanitaria

Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

La metodologia del Budget di Salute è stata utilizzata nel DSM-DP dell'AUSL di Imola, in particolare nell'area degli adulti a partire dall'anno 2000. Le ragioni che sostengono ancora oggi tale pratica sono legate ai valori di riferimento del servizio fondato sulla deistituzionalizzazione, sui modelli di Psichiatria di Comunità e di Comunità solidale o "welfare community". La presenza sul territorio imolese di un tessuto sociale sufficientemente coeso e ricco di risorse relazionali continua a rendere possibile modalità di realizzazione dei servizi di salute mentale che si caratterizzano, dal punto di vista concettuale e pratico, per la centralità della co-progettazione e della gestione integrata di aree di interventi e di servizi da parte di utenti e familiari, terzo settore, ente pubblico.

Nel corso degli anni l'Azienda ha sempre sostenuto ed implementato la metodologia del Budget di Salute; le quote economiche destinate alla realizzazione dei progetti individuali - che utilizzano il budget di salute del DSM DP - sono state progressivamente crescenti variando con l'incremento del numero degli utenti inseriti in tale percorso.

Per l'anno 2016 le persone in carico a Centro Salute Mentale (CSM), Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza (NPAI) e Dipendenze Patologiche (DP) con progetti terapeutico riabilitativi individuali con applicazione del Budget di Salute sono state n. 37. La spesa complessiva sostenuta è stata di € 284.698,00.

Nell'ambito delle azioni di formazione e aggiornamento del personale la formazione congiunta con operatori del sociale (ossia Azienda Servizi alla Persona) e del Terzo Settore è stata, da sempre, elemento fondante.

In particolare nell'ambito degli eventi formativi previsti dal Dossier Formativo del DSM DP, lo strumento del Budget di Salute è stato inserito nei corsi: "Percorso Esordi psicotici nell'AUSL di Imola" e "Disturbi gravi Personalità: linee di indirizzo regionali".

A partire dall'anno 2015, con la cooperativa Solco, è stato progettato e realizzato un percorso osservativo finalizzato alla valutazione di esito che ha avuto riscontro a livello regionale. Lo studio è poi stato successivamente protratto fino ad oggi. Si sottolinea, infine, che ogni progetto è stato preceduto da una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM); il progetto terapeutico individuale rimane in capo al CSM, viene poi stilato un progetto scritto, inerente agli obiettivi e agli indicatori di esito riguardante

l'applicazione del budget di salute, condiviso e firmato da operatori, utente e, con il consenso dell'utente stesso, eventualmente da familiari o da persone significative.

Nell'anno 2017, a fronte di 14 nuovi progetti attivati, sono state quindi effettuate 14 riunioni di UVM.

Nel 2017 le persone in cura presso il DSM DP, nel cui progetto terapeutico riabilitativo si è ritenuto appropriato utilizzare la metodologia e lo strumento del Budget di Salute, sono state 51. Sette percorsi sono riferiti a minori seguiti dalla NPIA e due afferenti alle DP. In massima parte si tratta di percorsi già intrapresi nell'anno o negli anni precedenti. Nel 2017 i nuovi casi, in aumento rispetto all'anno precedente, sono stati 23 (di cui 2 NPIA e i restanti afferenti alla Psichiatria Adulti). Per tutti i nuovi casi è stata effettuata UVM.

La spesa complessiva, sostenuta nel 2017 è stata di € 274.921, così suddivisi: Psichiatria Adulti € 221.778; Dipendenze Patologiche € 15.315; Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza € 37.826.

I corsi di formazione, aperti al Terzo Settore e che hanno approfondito anche gli aspetti legati al Budget di Salute sono stati i seguenti:

- "E tu slegalo subito: il caso del DSM DP dell'Asl di Cagliari legato alla morte di Giuseppe Casu" il 10/10/17.
- "Disturbi gravi di personalità - Linee di indirizzo regionali: l'utilizzo del contratto e piano gestione della crisi" il 11/12/17 e 18/12/17.
- "Direttive anticipate di trattamento (DAT) per i trattamenti farmacologici in salute mentale" il 05/05/17.
- "L'emergenza psichiatrica in adolescenza: esperienze a confronto (NPIA)" l'1/12/2017.

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Nel corso dell'anno si è provveduto a periodici monitoraggi circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza semestrale.

E' stata fatta costantemente una verifica della sostenibilità delle scelte della programmazione locale garantendo il corretto utilizzo delle risorse 2017 e di trascinarsi degli anni precedenti.

La programmazione complessiva dell'anno 2017, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di € 13.662.932,22 FRNA e di € 1.210.542,53 FNA.

Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse del FRNA rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie a favore 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 negli elementi di flessibilità. Di seguito, per punti, le attività poste in essere nell'anno 2017:

- L'Azienda ha effettuato incontri con gli Enti gestori per concordare e coordinare la puntuale applicazione della DGR 273/2016.
- In occasione degli incontri per l'applicazione della DGR 273/2016 si è iniziato a riconoscere il rimborso di ore di sostegno psicologico: ore 752 annui pari a € 17.869,56.
- Per quanto riguarda la **popolazione anziana non autosufficiente** la spesa a consuntivo è stata: Case Residenze Anziani FRNA € 7.336.515,77; Centri Diurni Anziani FRNA € 360.743,21; Assistenza Domiciliare Anziani FRNA € 732.624,20. Sono stati erogati assegni di cura a n. 268 anziani (totale liquidato nel 2017 per assegni di cura anziani e rimborso badanti è pari ad € 169.891,42 a carico del FRNA, € 301.215,42 a carico del FNA Vincolato e € 40.028,90 a carico del FNA Vincolato Gravissimi).
- L'Associazione Alzheimer, in collaborazione con l'Azienda, nel 2017 ha proseguito con l'attività dei Caffè Alzheimer in tre località del Distretto, con un progetto di stimolazione cognitiva e supporto psicologico ai familiari di persone affette da demenza, nonché con l'offerta di consulenze legali. Con il FRNA si è sostenuta tale attività con € 1.102,00 in analogia agli anni precedenti.
- Per contrastare l'isolamento anziani ultra 75enni soli o con caregiver anziano nei periodi di caldo estivo sono state coinvolte le associazioni di volontariato che si sono impegnate a contattare gli anziani che avevano avuto in tale periodo ricoveri ospedalieri (n. 155 persone contattate). Inoltre, attraverso gli interventi del servizio assistenza domiciliare è stato garantito supporto educativo, emotivo e psicologico ad anziani e disabili per il mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni di vita.
- Sono stati monitorati gli indicatori socio sanitari nelle strutture Accreditate (ricoveri ospedalieri, accessi al servizio di emergenza accettazione, nonché lesioni da decubito, cadute, ecc.).
- Per quanto riguarda il programma demenze (DGR 990 del 04/07/2016) l'Azienda ha già da tempo recepito le indicazioni per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari di cui alla DGR 2581/99 relativamente al Centro Disturbi Cognitivi. Nel 2017 è stata fatta una giornata formativa sulla gestione del paziente demente con l'invito ai MMG della AUSL. Nel 2017 si è consolidato l'utilizzo, grazie alla collaborazione con il medico geriatra del Centro disturbi cognitivi, di 4 posti della C.R.A Cassiano Tozzoli per periodi di ricoveri temporanei per pazienti affetti da demenza per un totale di 1.158 gg. di presenza contro i 849 gg. del 2016.
- E' proseguita l'attività di vigilanza delle strutture autorizzate attraverso la Commissione DGR 564.
- Nell'ambito dell'attività del Tavolo di promozione e sostegno del caregiver del Nuovo Circondario Imolese nel 2017 si è consolidato l'addestramento del caregiver prima della

dimissione ospedaliera per quanto riguarda l'alimentazione tramite sondino nasogastrico e PEG; inoltre è iniziato l'addestramento del caregiver per tutto quello che comporta la respirazione artificiale (tracheo) e gestione dell'ossigenoterapia sul territorio.

Per quanto riguarda la **popolazione adulta disabile**:

- La spesa a consuntivo 2017 per la residenzialità disabili (strutture di Livello Alto e Medio) è stata di € 2.239.770,50 a carico del FRNA, per la Semiresidenzialità è stata di € 732.945,94 a carico del FRNA e di € 82.683,77 a carico del FNA Vincolato Gravissimo, mentre per i Centri Occupazionali è stata di € 176.258,37.
- Sono stati autorizzati n. 5 soggiorni di sollievo per disabili adulti per una spesa a carico del FRNA pari ad € 13.479,569 (la spesa a carico del FNA Vincolato Gravissimo è stata di € 5.518,16)
- Sono stati erogati assegni di cura per disabili adulti finalizzati a favorire l'assistenza a domicilio per n. 53 utenti; il totale liquidato nel 2017 per assegni di cura handicap gravi è pari ad € 89.512,72 a carico del FNA Vincolato e di € 33.867,48 a carico del FNA Vincolato Gravissimi.
- Per la gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2068/04, la spesa totale per la residenzialità a carico del FRNA è stata di € 196.410,53; sono stati presi in carico n. 2 nuovi utenti a domicilio e n. 4 utenti inseriti in residenza. Ad altri 2 utenti già in carico è stato riconosciuto l'assegno di cura perché è decaduto il limite ISEE. Complessivamente gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (C.R.A.) del territorio sono stati n. 11; un ulteriore utente ha usufruito di residenzialità in una struttura accreditata fuori territorio.
- E' proseguita l'attuazione del Progetto sperimentale 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.
- Sono continuati gli incontri con l'Associazionismo e familiari dei disabili per un avvicinamento al progetto. E' stata svolta la formazione agli educatori che in seguito hanno effettuato le interviste conoscitive a domicilio, utilizzando uno strumento valutativo appositamente individuato (scheda ScaVa). E' stato coinvolto un professionista dell'Azienda come riferimento tecnico per colloqui di ascolto ed accoglienza con le famiglie degli utenti con disturbi dello spettro autistico che iniziano ad avvicinarsi alla problematica del Dopo di noi.
- A Medicina sono stati individuati due mini appartamenti messi a disposizione dall'Amministrazione Comunale, sono state effettuate le interviste conoscitive con le singole famiglie ed infine individuato il gruppo che ha avviato l'esperienza nel mese di settembre (6 ragazzi). A Castel San Pietro sono state effettuate le interviste conoscitive ed individuato un gruppo di utenti; è stato individuato un alloggio messo a disposizione

dall'Amministrazione Comunale (6 ragazzi). A Imola sono state effettuate le interviste conoscitive ed individuati 3 gruppi di utenti (13 ragazzi) e l'appartamento in cui verrà attuata l'esperienza messo a disposizione dalle Istituzioni Riunite tramite comodato gratuito a favore di Asp.

- Nell'anno 2017 per quanto riguarda le persone con disturbi dello spettro autistico è stata effettuata una formazione specifica con il personale di pronto soccorso ospedaliero, con i pediatri ospedalieri focalizzato sull'accoglienza alle persone con disabilità cognitiva, sui disturbi del comportamento e la comunicazione; sono stati approntati strumenti informativi e logistici da utilizzare nel momento dell'accoglienza in Pronto Soccorso, oltre a una disponibilità telefonica degli educatori dell'Unità operativa NPIA.

Si riportano di seguito alcuni **indicatori di attività**:

- Corretto utilizzo FNA: immissione dati casellario dell'assistenza (obiettivo = sì). Non è stato possibile inserire i dati nel casellario in quanto il Ministero ancora oggi sta tardando nel fornire il tracciato record relativo. Nel 2017 abbiamo avuto un finanziamento FN di € 1.184.015,00. All'inizio del 2017 l'obiettivo era di spendere almeno il 40% per i gravissimi disabili (art. 3 DM) percentuale che è stata innalzata nella seconda parte dell'anno al 50%. A consuntivo risulta che è stato utilizzato il 33% nel FN vincolato (pari a € 392.362,07) ed il 38% del fondo vincolato gravissimi (art. 3 DM) pari a € 451.833,22.
- Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporaneo a di sollievo/giornate annue in CRA (obiettivo $\geq 2\%$). Le giornate di sollievo nel 2017 sono state n. 388 in CRA Venturini; n. 1.158 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. 2.642. Il numero complessivo delle presenze nelle C.R.A. nel 2017 è di 178.769, pertanto la % delle giornate di sollievo è di 2,34% sui posti totali.
- 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 (obiettivo = sì). Nel 2017 sono stati presi in carico circa 88 utenti (80 anziani ed 8 adulti disabili) e sono state erogate 1.366 ore.
- Attuazione nuovi Lea sociosanitari. Laboratori protetti disabili: % laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70% su laboratori protetti disabili (obbiettivo = 100%). Poiché i contratti erano in scadenza al 31/12 si è convenuto di modificare le % di riparto a far data dal 1.1.2018.

Con Deliberazione del Nuovo Circondario Imolese n. 96 del 21/11/2017 si è provveduto alla Approvazione Programma Attuativo Annuale 2017 del Piano salute e Benessere sociale, con il quale si sono approvate le risorse per la non Autosufficienza per l'anno 2017. Con tale provvedimento, nell'ambito del finanziamento assegnato (€ 12.732.566,00 di FRNA ed € 1.184.015,00 di FNA) e nel rispetto delle indicazioni impartite dalla Regione (note prot.

PG/2017/0522030 del 13/07/2017 e PG/2017/635822 del 29/09/2017), si sono definite le risorse attribuite ai vari interventi/servizi a favore della non autosufficienza.

La programmazione complessiva dell'anno 2017, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, alloca complessivamente risorse per un importo complessivo di € 14.873.474,75.

Ad integrazione del finanziamento FRNA, il Nuovo Circondario Imolese ha trasferito all'Azienda Sanitaria di Imola una somma pari ad € 94.819,56 per il sostegno alle politiche locali relative alla non autosufficienza, inoltre, nel corso del 2017 l'Azienda Servizi alla Persona del Nuovo Circondario Imolese ha trasferito all'Azienda l'importo di € 40.239,16 derivanti da recuperi effettuati su assegni di cura anziani in relazione all'intervenuto riconoscimento dell'assegno di accompagnamento ai percettori degli stessi.

Con Determinazione dirigenziale n. 19189 del 28.11.2017 la Regione Emilia Romagna ha disposto l'assegnazione e concessione all'Azienda sanitaria di Imola il finanziamento relativo al "Programma per l'utilizzo del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, di cui alla Legge Regionale n.112/2016", cosiddetto Fondo per il "Dopo di Noi", in attuazione alla DGR 733/2017, per un importo pari ad € 194.517.

Nel corso dell'anno questa Azienda ha provveduto a periodici monitoraggi, circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza semestrale. E' stata fatta costantemente nell'anno una verifica circa la sostenibilità economica delle scelte effettuate in sede di programmazione locale.

Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse dell'FRNA, rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente, sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie a favore 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).

AREA ANZIANI

Assistenza domiciliare e servizi connessi. L'assistenza domiciliare nel 2017 ha subito un incremento, rispetto al 2016, legato all'aumento della domanda, per cui la spesa 2017 è stata di € 732.624,18, a fronte di n. 53.575,50 ore, suddivisa tra interventi socio assistenziali e socio educativi con un aumento, rispetto al 2016, del 1,08%. Nell'ambito di tale offerta aggiuntiva si evidenzia l'assistenza tutelare gratuita al care giver nel post dimissione, erogata ad 80 persone per un totale di 1.265,90 ore ed un costo pari a € 17.208,46.

Nell'anno 2017 è stato utilizzato il FNA (parte vincolata a favore delle gravissime disabilità) per sostenere la domiciliarità contribuendo alla quota sociale dell'assistenza domiciliare per un importo pari a € 10.478,33 per un totale di n. di 1.006,12 ore.

La spesa relativa ai pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti nel 2017 è stata finanziata dal Fondo Regionale per la non Autosufficienza, con una spesa complessiva di circa € 183.002,00.

Sono stati forniti complessivamente n. 45.748 pasti. Tale spesa registra una leggera flessione rispetto al 2016 di circa 1,11%.

La spesa del Telesoccorso è stata finanziata con l'FRNA per una spesa complessiva di € 7.310,00 comprendenti gestioni e nuove installazioni.

La spesa relativa ai trasporti, ai sensi del DGR 1206/2007, è stata finanziata in parte con il FRNA, per una spesa complessiva pari a € 4.000; la restante spesa relativa ai trasporti è invece stata finanziata dall'Azienda Servizi alla Persona del Circondario Imolese, attraverso il Fondo Sociale.

Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente si sono erogati assegni di cura a 268 anziani finanziati, rispettivamente, per un importo di € 156.484,84, con il FRNA, per l'importo di € 256.919,01, con il Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (FNA) e per l'importo di €. 33.638,54 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 € 4.406,58 a carico del FRNA, per l'importo di € 44.296,41 a carico del FNA e per l'importo di € 6.390,36 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

Assistenza semiresidenziale. I posti semiresidenziali accreditati sono n. 52 suddivisi nelle 3 sedi: Imola, Castel S. Pietro e Medicina, per un totale di n. 14.454 giornate di presenza, di cui n. 2.091 relative ad ospiti con problemi di disturbo di comportamento, su tale ultimo dato si rileva un aumento rispetto all'anno precedente. La spesa per i posti semiresidenziali è stata di € 360.743,20 (comprensivi delle giornate di effettiva presenza e delle giornate di assenza pagate in forma ridotta).

Assistenza residenziale. I posti residenziali accreditati presenti al 01/01/2017 nel territorio aziendale sono n. 505, così suddivisi:

- n. 485,18 posti medi residenziali definitivi;
- n. 8 posti per ricoveri temporanei post dimissione, ridotti a 7 posti a far data dal 17/5/2017;
- n. 1,07 posti medi per ricoveri di sollievo (posti utilizzati preferibilmente nel periodo estivo e in occasione di festività);
- n. 3,21 medi posti temporanei per anziani con demenza;
- n. 7,85 posti medi per inserimenti individuali per gravissimi disabili ai sensi della DGR 2068/04.

Complessivamente le strutture hanno rendicontato e fatturato n. 184.218,00 giornate (sono comprese anche le 2.754 giornate di assenza pagate in forma ridotta), con un costo totale di € 7.492.010,89 finanziato con il FRNA. Si è registrata un'occupazione media dei posti residenziali del 98%.

Nel corso dell'anno è stata avviato un 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. L'avvio graduale ha nel 2017 comportato la riconversione di n.2 posti a favore di disabili.

Accoglienza temporanea post dimissione. Le giornate di temporaneità post dimissione nella Casa Residenza per Anziani Fiorella Baroncini di Imola nel 2017 sono state n. 2.698, con una spesa pari a € 332.736,75 a carico del FRNA. Le giornate di temporaneità per anziani con demenza nella Casa Residenza per Anziani Cassiano Tozzoli di Imola nel 2017 sono state n. 1.173,00, con una spesa pari a € 64.946,85 a carico del FRNA.

Accoglienza temporanea di sollievo. L'accoglienza di sollievo è stata garantita nel 2017 nella Casa Residenza di Imola (Via Venturini) con n. 1,07 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 391 giorni di accoglienza di sollievo con una spesa complessiva a carico del FRNA di € 26.475,13.

All'interno dei posti accreditati si è riproposto, con successo, il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

AREA DISABILI

Assistenza a favore di disabili gravissimi (DGR 2068/2004). 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. 11; un ulteriore utente è stato "ospitato" presso il Centro Residenziale Luce sul Mare. Il totale delle giornate è stato di n. 3.229. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità dei gravissimi disabili, a carico dell'apposito finanziamento a valere sul FRNA, è stata di € 184.403,76, mentre a carico del FSR la spesa è stata di € 225.367,14. Nel 2017 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a favore di n. 20 disabili gravissimi per un importo di € 165.213,91 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 di ambito distrettuale per l'area disabili, che ha valutato tutti i nuovi inserimenti utilizzando la scheda di rilevazione dei bisogni proposta dalla Regione.

Nel nostro distretto è presente un CSSR accreditato, Don Leo Commissari, con n. 15 posti e n. 2 posti per sollievo, per un totale, nel 2017, di n. 5.455 giornate (per una spesa totale a carico FRNA pari a € 689.750,81); inoltre nel 2017 è proseguito l'inserimento di un assistito con elevato grado di disabilità presso la struttura accreditata Luci sul Mare. Sono state effettuate n. 365 giornate di residenzialità (per una spesa totale a carico FRNA pari a € 40.697,39). 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 in carico nel 2017 sono stati n. 75, per un totale di n. 25.325 giornate e con una spesa totale di € 1.509.322,12, a carico del FRNA.

Interventi di sollievo a favore di disabili. Sono stati inoltre effettuati n. 5 interventi di sollievo, per un totale di 126 giornate con una spesa totale, a carico FRNA, di € 13.479,56. Al

fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie, si è assunto l'onere sociale dei ricoveri di sollievo in strutture residenziali socio sanitarie, utilizzando il FN vincolato, con una spesa di €. 5.518,16.

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; nel 2017 le giornate di frequenza sono state n. 7.369 con una spesa totale di € 629.954,85. Ulteriori 9 utenti sono stati inseriti in centri socio-riabilitativi diurni (n. 8 nel privato e n. 1 in un centro accreditato fuori territorio), le giornate di frequenza complessivamente ammontano a n.1.707 con una spesa totale di € 102.991,00.

Gli utenti che hanno frequentato i centri socio-occupazionali sono stati n. 96 per un totale di n. 16.158 giornate (con una spesa totale di € 176.258,37). 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 utilizzando il Fondo Nazionale vincolato alle gravissime disabilità per una spesa di € 82.683,77.

Assistenza domiciliare per disabili ed assegni di cura. Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativo e socio-assistenziale prestate nel 2017 ammontano complessivamente a n. 24.352,57 (per una spesa totale di €. 353.986,91 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 di n. 8 persone con disabilità per un totale di 99,87 ore ed un costo pari ad € 1.346,67. 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 FN vincolato alle gravissime disabilità, (la spesa sostenuta ammonta ad € 24.106,65 per l'assistenza socio educativa e ad €. 52.497,79 per l'assistenza socio assistenziale.

Nell'anno 2017 sono stati forniti n. 12.998 pasti, per una spesa totale di € 52.000,00. 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, pari a €. 3.861,00.

Sono stati, inoltre, erogati assegni di cura ad assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA (erogati a n. 33 utenti) per un importo a carico del FNA pari ad € 89.512,72 e un importo di € 33.867,48 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

La spesa per il contributo aggiuntivo per assistenti familiari con regolare contratto è stata per € 1.633,93 a carico del FNA e per € 1.920,00 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”. Tale progetto, coordinato dall’Associazione Alzheimer, è stato portato avanti a Imola, Castel San Pietro Terme e Toscanella di Dozza e si è realizzato nell’ambito di incontri che complessivamente hanno visto la partecipazione di n. 145 partecipanti; il contributo erogato per tale progetto ammonta ad € 1.102,00.

Progetto “Centro A’Marcord”. Il progetto è proseguito nel 2017 e ha riguardato una media di 20 - 25 anziani presenti giornalmente con una spesa complessiva, a valere sul FRNA, di € 119.898,00.

Progettualità rivolte alla popolazione disabile. Di seguito sono elencate le progettualità svolte, nell’anno 2018, a favore della popolazione disabile:

Progetti individuali di assistenza personalizzata rivolti ad utenti disabili. La spesa, per la realizzazione di tali progetti, a carico del FRNA, è stata di € 10.689,18.

Trasporti. I contributi per il trasporto di utenti con disabilità medie e gravi che utilizzano buoni taxi o mezzi ASP per l’accesso ai servizi socio/sanitari, hanno comportato una spesa, a carico del FRNA, pari a € 49.742,00. Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie mediante il trasporto ai centri si è assunto l’onere sociale pari a € 23.284,07, utilizzando FNA vincolato alle gravissime disabilità.

“Budget di salute”. Sono proseguiti, nel 2017, gli interventi di livello domiciliare su pazienti disabili in carico al DSM nell’ambito del progetto “Budget di Salute” e sono stati estesi anche a utenti dell’UO Dipendenze Patologiche; tali interventi (affidati, attraverso un ampliamento del Contratto di Servizio, al medesimo gestore accreditato degli interventi domiciliari a favore della popolazione anziana/disabile), 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. 1.584 pasti per una spesa totale di € 11.954,03 e n. 1.066 ore di servizi di pulizia, per un totale di € 18.776,12.

Borse lavoro a favore di disabili. L’importo complessivo speso per tale intervento ammonta ad € 28.004,00 a carico FRNA.

Interventi per la mobilità privata delle persone con grave disabilità. L’importo complessivo speso per tale intervento ammonta ad € 1.121,77 a carico FRNA.

Intervento di supporto a favore di disabili assistiti in ambito residenziale. L’importo complessivo di tale intervento ammonta ad € 6.916,00 a carico FRNA.

5. 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), Ospedale accreditato, monospecialistico gestito da una 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 sono fortemente 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.

5.1 Riordino assistenza ospedaliera

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero di cui alla DGR 2040/2015

In applicazione dei parametri dettati dalla DGR 2040/2015 è prevista una riduzione di 225 Posti Letto nell'Area Metropolitana di Bologna (rispetto alla dotazione al 1 settembre 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, da una parte alla conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day hospital, Day Surgery e di ricoveri programmati 0-1 giorno, e dall'altra attraverso l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, che vedono, attraverso lo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all'intensità di cura, la 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 31.12.2017 pari a n. 324, di cui: 308 PL ordinari e 16 PL DH/DS.

Posti Letto	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017
PL ordinari	304	307	308
PL Day Hospital	21	21	6
PL Day Surgery	16	15	10
Totale	341	343	324

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 e 8 PL di DH.

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base della programmazione definita dalla CSST a livello metropolitano nel corso del 2017, si sono avviati e proseguiti diversi progetti:

1) Del. DG n. 269/2017 "Approvazione dell'atto di intesa tra l'azienda USL di Imola e l'Alma Mater Studiorum-UNIBO di Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e approvazione del conseguente accordo fra l'azienda USL di Imola e l' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per lo sviluppo delle funzioni di chirurgia senologica", finalizzato a disciplinare la conduzione unificata in forma interaziendale delle funzioni e attività di Chirurgia senologica, secondo il "Progetto di Integrazione delle funzioni di Chirurgia Senologica tra AOU di Bologna e AUSL Imola".

2) Del. DG n. 270/2017 "Approvazione dell'accordo fra l'azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna per lo sviluppo di una integrazione organizzativa nell'ambito della rete clinica di Chirurgia Generale di area Metropolitana".

3) Del. DG n. 145/2017 "Preso d'atto e recepimento dell'accordo fra l'azienda USL di Imola e l'azienda USL di Bologna per lo sviluppo della rete urologica di Area metropolitana".

4) Del. DG n. 59/2017 "Accordo convenzionale fra l'istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Imola per lo sviluppo della funzione ortopedica per l'anno 2017-Approvazione e provvedimenti conseguenti" (ambiti di intervento Ortopedia pediatrica e Chirurgia della spalla).

Per una sintesi di dettaglio sulle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, sotto forma di **reti cliniche integrate e rapporti Hub & Spoke**, si rinvia al capitolo 2 "Executive Summary".

Di seguito si riporta la descrizione strutturale di ogni Dipartimento ospedaliero ed una sintesi delle principali realizzazioni attuate nel 2017.

DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione è costituito dalle seguenti strutture: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia-Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, SSD Radiologia e SSD Centro Raccolta Sangue e Immunoematologia.

Il Dipartimento ha progressivamente realizzato e consolidato nel corso degli anni la modulazione del setting assistenziale per intensità di cura, attraverso la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale infradipartimentale. In questo contesto opera rafforzando i legami di integrazione e di 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. Il Dipartimento 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, con la finalità di garantire la continuità assistenziale e la qualità delle prestazioni erogate.

Nel 2017 ha realizzato l'analisi delle attività 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.

Il 2017 vede inoltre l'avvio dell'attività strutturata e formalizzata da parte dell'Heart Team (composto da Medici specialisti della UOC di Cardiologia e di Villa Maria Cecilia) volta alla condivisione di indicazioni, tempistiche e monitoraggio delle prestazioni di alta complessità (interventi cardiocirurgici, emodinamici protesici - TAVI ed elettrofisiologia).

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione ha, inoltre, collaborato alla definizione e implementazione di reportistica dell'attività radiologica progettata per l'analisi ed il rilascio di indicatori di processo e di efficienza in uso a regime dal 2018.

In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, si richiamano i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna in 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.

Inoltre, si richiama la rete metropolitana avviata dall'11.12.2017 per i trattamenti endovascolari per Stroke, che prevede l'invio all'Ospedale Maggiore di Bologna dei pazienti residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'AUSL di Imola per i quali vi siano indicazioni all'effettuazione di procedure di riperfusione endovascolare per il trattamento dell'ictus ischemico acuto. Si richiama infine l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM).

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO

Il Dipartimento Medico-Oncologico è costituito dalle seguenti strutture: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Medicina A, UOC Geriatria - Lungodegenza, UOC Gastroenterologia, SSD Neurologia, SSD Medicina B, UOC Pediatria, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Genetica.

Il Dipartimento ha progressivamente sviluppato un percorso di innovazione organizzativa ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale e alla qualificazione specialistica della degenza internistica, richiamando in tal senso i Posti letto di ricovero ordinario dedicati alle discipline di Gastroenterologia (4 PL), Nefrologia (4 PL), Oncologia (7 PL), Riabilitazione ospedaliera 4 PL (estensiva/intensiva) e Orto-geriatria (4 PL). In particolare, nel corso dell'ultimo biennio il Dipartimento ha realizzato una riorganizzazione dell'area della degenza internistica, in regime ordinario, al fine di consolidare e strutturare la gradualità delle cure in termini di complessità clinica e assistenziale e potenziare la connotazione specialistica della piattaforma di degenza internistica. Tale riorganizzazione ha determinato:

- L'attivazione di un'area di degenza con dotazione complessiva di 70 posti letto, assegnati alla UOC di Medicina A (62 PL), UOC Nefrologia (4 PL), UOC Gastroenterologia (4 PL), che si compone di un settore a medio-alta intensità destinato ad accogliere i pazienti con

patologie neurologiche (stroke) e pneumologiche acute e un settore a medio-bassa intensità che accoglie pazienti comunque acuti caratterizzati da bisogni assistenziali elevati a fronte di un minore impegno clinico. La caratterizzazione specialistica di tale area riguarda le discipline endocrino-metabolica e nefrologica.

- L'attivazione di una area di degenza connotata da un livello di cure di media intensità con una dotazione di 32 posti letto, di cui 25 PL assegnati alla SSD Medicina B (e n. 7 PL assegnati alla UOC di Oncologia). La caratterizzazione specialistica dell'area si completa con la disciplina di infettivologia.

Nel corso del 2017 il Dipartimento ha avviato 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.

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 stata avviata a carattere sperimentale e costituirà anche per il 2018 obiettivo di monitoraggio e consolidamento.

Il Dipartimento Medico-Oncologico, a supporto dell'assessment clinico - assistenziale della complessità dei pazienti, ha adottato, a regime per tutte le degenze, lo strumento di rilevazione della complessità assistenziale incluso nella cartella informatizzata.

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

Con riferimento alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, si evidenzia il rilevante coinvolgimento nella gestione di tale risorsa del Dipartimento Medico-Oncologico impegnato al miglioramento e al rispetto di numerosi obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittivi. Si deve inoltre evidenziare l'impegno nel governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (Epatite C, Oncologici, Immunosoppressori, etc.) tramite strumenti del governo clinico e il costante monitoraggio in collaborazione con la Direzione Farmaceutica e la Direzione Medica.

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 vedrà nel 2018 l'attuazione a regime e il monitoraggio dei relativi indicatori.

A regime si colloca anche 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.

Inoltre, nel corso del 2017, il Dipartimento, tramite l'UOC di Pediatria, ha collaborato con l'UOC Igiene e Sanità del Dipartimento di Sanità Pubblica alla riorganizzazione 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 che costituirà per il 2018 obiettivo di consolidamento.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Il Dipartimento Chirurgico è costituito dalle seguenti unità organizzative: Struttura Semplice interaziendale Chirurgia generale, SS Breast Unit, UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, SSiD Polo Day Surgery polispecialistico Castel S. Pietro Terme, UOC Ginecologia-Ostetricia, l'UOC di Anatomia Patologica; la SSD Centrale di Sterilizzazione; comprende inoltre il Programma interdipartimentale Blocco Operatorio.

Il Dipartimento Chirurgico si caratterizza per il progressivo sviluppo di collaborazioni nella logica delle reti interaziendali. Nelle more della programmazione complessiva, a cura della Conferenza socio-sanitaria metropolitana, l'AUSL di Imola ha avviato la realizzazione di reti interaziendali in ambito chirurgico.

Nel corso del 2017 è stata realizzata in collaborazione con l'AUSL di Bologna la gestione interaziendale dell'Urologia a direzione dell'AUSL di Imola. Dal 2018 decorrono ulteriori collaborazioni rispettivamente con l'Azienda Ospedaliera di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia Senologia, a direzione universitaria, e con l'AUSL di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia generale, a direzione AUSL di Bologna. Con riferimento al modello delle reti cliniche, si richiama inoltre la rete clinica attuata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di orto-pediatria. Si confermano anche i rapporti di collaborazione mediante convenzione con l'UNIBO per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e Chirurgia Generale.

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 che vedrà nel 2018 l'attuazione a regime e il monitoraggio dei relativi indicatori.

Il Dipartimento Chirurgico è pertanto sede di modelli gestionali volti 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.

Nell'ambito dei progetti di Area Vasta, si colloca l'impegno della UOC di Anatomia Patologica nella progressiva attuazione del progetto di centralizzazione delle determinazioni HPV, presso il Laboratorio dell'AOU di Ferrara e alla riorganizzazione delle funzioni di screening in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie. Il Dipartimento Chirurgico si è inoltre impegnato nell'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 272/2017 in tema di "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", che hanno previsto:

- la definizione dei criteri per l'assegnazione delle priorità di inserimento in lista per le patologie prostatiche, vescicali e protesi d'anca.
- il progressivo sviluppo della valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team, della casistica oncologica.
- il rispetto dei tempi di attesa sugli interventi chirurgici prioritari definiti a livello regionale: patologie neoplastiche maligne (mammella, prostata, colon retto, utero, polmone): 90% dei casi entro 30 gg; protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg.

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

La rendicontazione in ordine all'obiettivo in questione, così come declinato nel Piano della Performance 2016-2018, viene presentata tra gli obiettivi della programmazione regionale dettagliati nel paragrafo "4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale" del presente documento al quale si rimanda per i temi relativi alle **Case della Salute e Medicina d'Iniziativa e Ospedale di Comunità**.

Valutazione e qualità delle cure

Profili di NCP. L'ASL di Imola ha continuato a diffondere lo strumento dei "Profili di Nucleo" come strumento informatico utile a promuovere la qualità dell'assistenza a livello territoriale, in quanto rende possibile il confronto sia fra gruppi di pazienti sia, indirettamente, fra i diversi professionisti della sanità, soprattutto nell'ambito delle patologie croniche.

Progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali: obiettivo $\geq 10\%$ dei NCP aziendali.

Già dal 2014 i dati risultanti dai Profili di Nucleo sono stati approfonditi per quanto riguarda due temi di particolare interesse per l'AUSL di Imola: la gestione dei pazienti con diabete tipo 2 e il consumo di RMN OA. Nel corso del 2017 è stato prodotto, anche sulla base di tali informazioni, il PDTA della gestione integrata dei pazienti con diabete mellito, PDTA che nel 2018 sostituirà il protocollo aziendale vigente.

Per quanto riguarda invece il consumo di RMN, i dati dei Profili, assieme alle informazioni relative ai quesiti clinici delle relative prescrizioni, hanno permesso di chiarire le aree di in appropriatezza nella prescrizione e di proporre nuovi criteri, in collaborazione con gli ortopedici e i radiologi.

I profili 2016 - edizione 2017 sono stati presentati ai Referenti di NCP nella riunione del 20 dicembre 2017.

Profili dei Pediatri di libera scelta. Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati.

Organizzazione di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda; progettazione di percorsi di miglioramento (obiettivo ≥ 1).

Nella AUSL di Imola i PLS sono integrati all'interno dei NCP e delle Case della Salute con i MMG; per questo motivo le iniziative riguardanti la diffusione dei dati e delle informazioni desumibili dallo strumento "Profili" sono state condotte in comune fra PLS e MMG.

Per quanto riguarda la presentazione, ogni anno vengono presentati i nuovi dati ai referenti dei NCP e dei PLS (presentazione edizione 2017 - dati 2016: 20 dicembre 2017).

Il progetto di miglioramento ha invece riguardato il campo dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica, campo nel quale la nostra Azienda ha investito molte energie per portare i dati di consumo in linea con i dati medi regionali. Nel corso del 2017 sono stati condotti incontri in ogni NCP, durante i quali i dati di prescrizione (per i PLS: focus sull'uso di antibiotici) sono stati analizzati sia con tramite elaborati prodotti dall'AUSL di Imola, sia tramite i dati provenienti dai profili PLS.

Azienda USL	Aminoglicosidi	Cefalosporine II/III generazione	Macrolidi	Penicilline + inibitore	Penicilline ad ampio spettro	TOTALE
PARMA	1	62	78	228	340	709
FERRARA	0	87	130	251	328	796
PIACENZA	0	114	185	325	199	823
REGGIO EMILIA	0	75	100	180	480	835
BOLOGNA	0	141	146	280	293	860
TOTALE	1	117	142	275	326	861
ROMAGNA	0	115	142	302	325	884
IMOLA	0	118	152	285	331	886
MODENA	1	171	200	327	273	972

Osservatorio Cure Primarie. Nel corso del 2017 sono stati individuati i responsabili della compilazione delle informazioni richieste dall'Osservatorio delle Cure Primarie e con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale sono stati aggiornati i dati relativi alle Case della Salute di Castel san Pietro Terme e di medicina ed ai servizi offerti dalle stesse.

Di seguito si riporta la descrizione strutturale di ogni Dipartimento Territoriale ed una sintesi delle principali realizzazioni attuate nel 2017.

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 delle attività di promozione della salute e di prevenzione di competenza del Dipartimento Cure Primarie.

Nel corso dell'ultimo triennio il Dipartimento ha svolto un ruolo primario, in collaborazione con il Distretto, 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 dal 2015 hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni realizzate in collaborazione con i Dipartimenti territoriali (DSM e Sanità Pubblica) in coerenza anche con gli indirizzi regionali, di cui alla DGR 2128 del 5.12.2016 recante "Indicazioni regionali 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, in riferimento al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per il paziente complesso, al fine di consentire maggiore fluidità nelle dimissioni protette, favorendo sinergia tra medico specialista e MMG all'atto della dimissione mediante il raccordo del Punto Unico di Accettazione (PUA). Ha, inoltre, attuato in collaborazione integrata con l'UOC di Igiene Pubblica e la Pediatria Ospedaliera, la riorganizzazione delle prestazioni vaccinali in età pediatrica.

In continuità con l'impianto già avviato, nel 2017, il DCP ha attuato interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG, in particolare:

- il progetto di presa in carico del paziente cronico complesso nell'ambito delle Case della Salute con la previsione di ampliamento del novero delle collaborazioni con i MMG.
- il progetto avviato in collaborazione con l'Università SDA Bocconi per l'Implementazione del Modello di presa in carico del paziente cronico complesso, al quale il Dipartimento partecipa nella definizione e attuazione delle fasi di sviluppo, in collaborazione con il Gruppo di lavoro aziendale.
- Utilizzo dei dati "Profilo di Nucleo", documento informativo regionale, al fine di supportare l'analisi dei dati e individuare

Di particolare rilevanza è 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. A tal fine, il DCP ha posto in essere, con i competenti servizi aziendali, la definizione di apposita reportistica al fine di mettere a disposizione dei Nuclei e dei singoli MMG le informazioni utili a rappresentare i consumi farmaceutici e l'andamento della spesa.

Sulla base dell'analisi dei dati relativi all'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica il DCP ha messo in campo un sistema strutturato di analisi congiunta, attraverso la calendarizzazione di incontri specifici, con i Coordinatori di Nucleo e con i singoli MMG nei casi di iperprescrizione, intesa come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale.

Altrettanto rilevante l'apporto del DCP nella definizione e nel monitoraggio di tutto l'ambito di azioni connesso al Governo dei tempi di attesa per cui si rimanda al paragrafo precedente.

Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, si richiama il contributo del DCP all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative.

CASE DELLA SALUTE

L'ambito delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina costituisce una delle Aree funzionali 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 implementato nell'AUSL di Imola è in progressivo sviluppo 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 loro domanda di salute attraverso l'accesso a 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, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri.
- Le attività che sono state avviate riguardano in particolare:
- La presa in carico multiprofessionale della cronicità (Diabete, BPCO, Scompenso) e la progressiva adozione degli strumenti quali la Carta del rischio cardiovascolare.
- Il percorso clinico-assistenziale integrato del paziente psichiatrico con co-morbilità.
- L'organizzazione a regime delle sedute vaccinali (antinfluenzale e antidiftotetica).
- La predisposizione della Procedura per il Percorso Accoglienza relativa alla programmazione e gestione delle prese in carico e delle dimissioni protette.
- L'attivazione di uno Sportello dedicato all'Accoglienza in collaborazione con il Consultorio familiare, la Psichiatria e l'ASP nel contesto del quale è stata attivata la porta di accesso rivolta alle donne vittime di violenza.
- L'implementazione dell'attività di erogazione dell'Assistenza integrativa e protesica presso Castel S. Pietro Terme.
- L'adozione della Carta dei Servizi relativa alla Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme.

In attuazione delle linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute emanate dalla Regione 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 e tra servizi sanitari e sociali.

CURE INTERMEDIE E OSPEDALE DI COMUNITA'

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. Mentre 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, il territorio rappresenta invece il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

Nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme si iscrive l'attivazione dell'**Ospedale di Comunità (Os.Co)** - deliberazione n. 44 del 28.3.2014 - dotato di 21 posti letto, basato su una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a determinati target di utenza, con la finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare le condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero.

L'Os.Co, cui afferisce budget specifico nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie, ha portato a regime la gestione infermieristica con progressiva riduzione della presenza medica ospedaliera pomeridiana. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti e per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale, nonché della propria Carta dei Servizi.

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.

Cure Palliative. In relazione alla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative", si richiama la riattivazione, da ottobre 2016, della dotazione completa dei posti letto (12 PL) dell'Hospice territoriale, presso la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme.

La riorganizzazione della rete locale delle cure palliative così come prevista dalla DGR 560/2015, che armonizza ed integra i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012, è stata avviata nel 2016 con la costituzione di gruppo di lavoro multiprofessionale che ha coinvolto 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). E' stata pianificata l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri dipendenti e convenzionati, svolta nella primavera 2017. 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 la definizione (nel flusso informativo ADI), delle ADI palliative di base e specialistiche.

Relativamente al monitoraggio degli indicatori definiti dal DM 43/2007 si riportano i seguenti andamenti riferiti all'anno 2017:

- Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale). Target: valore in diminuzione rispetto all'anno precedente di almeno il 5%. L'indicatore SIVER (IND0655) "Variazione % pazienti oncologici deceduti in ospedale sul totale deceduti per causa oncologica rispetto all'anno precedente" presenta nel 2017 un dato di variazione percentuale in diminuzione del -27,95% rispetto all'anno 2016.
- Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti a domicilio), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. Target: <=25%. L'indicatore SIVER (IND0656) "% ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni" presenta un dato 2017 pari a 29,23%.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è costituito dalle seguenti strutture: UOC Psichiatria Adulti, UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza, UOC Dipendenze Patologiche, SSD SPDC. L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo - funzionali, dando corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio attraverso l'avvio di percorsi qualificati come budget di salute.

La riorganizzazione posta in essere, ha contribuito a:

- Mantenere l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi attraverso una sempre maggiore integrazione progettuale e organizzativa sia all'interno del Dipartimento che con i soggetti esterni coinvolti.
- Garantire l'attività clinica e assistenziale mantenendo l'organizzazione per intensità di cura e continuità assistenziale, utilizzando le diverse aree per varie tipologie di ricoveri in:
 - area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta;
 - area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare un percorso di stabilizzazione e riabilitazione prima della dimissione e sperimentare nuove modalità organizzative con la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative nelle due aree (revisione dei piani delle attività), l'integrazione delle risorse umane in un'ottica di appropriatezza e valorizzazione professionale e l'implementazione di percorsi specialistici in RTI.

Fra gli obiettivi qualificanti l'azione del DSM si richiama la progressiva implementazione del budget di salute, sia nell'area della Psichiatria adulti che nell'area della Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche, attraverso i quali il Dipartimento pone in essere percorsi riabilitativi individuali nelle aree corrispondenti sia ai principali determinanti sociali della salute che a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti (apprendimento, espressività, formazione, lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità) attraverso la combinazione e l'apporto delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie, in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale, per sostenere un processo teso a ridare alla persona il proprio funzionamento sociale. Nel corso del 2017 si è dato corso alla progressiva definizione e realizzazione di integrazioni funzionali di ambiti di attività con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina, con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbidità da inquadrarsi nell'ambito del Progetto Risk-ER.

5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

E' stata consolidata la politica del dipartimento in materia di Vigilanza e controllo ai sensi della DGR 200/2013 mediante la stesura della procedura "Programmazione della vigilanza e controllo da parte del DSP" e delle specifiche procedure operative di vigilanza e controllo e di gestione delle emergenze.

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).

Si sottolinea il ruolo di coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica nell'elaborazione e attuazione del **Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2015-2018**, approvato con DGR 771/2015, in riferimento anche all'aggiornamento dello stesso in attuazione dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni rep n. 247 del 21.12.2017.

Il PRP si articola in sei Programmi (Setting), coordinati da Referenti regionali: Ambienti di lavoro, Comunità, declinata secondo tre direttrici (programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia), Scuola, Ambiente Sanitario.

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. Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccordarle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'AUSL di Imola ha elaborato il "Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2016-2018" (PLA).

Nel corso del 2017 tutti i 67 progetti inseriti nel Piano hanno continuato le proprie attività secondo il cronogramma previsto, proseguendo nelle azioni da realizzare a livello locale per contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali. Per ogni progetto è inoltre stato designato un Referente aziendale, che si raccorda per il coordinamento e il monitoraggio delle azioni anche col livello regionale.

La complessità del Piano ha reso necessario prevedere un forte raccordo e coordinamento tra i soggetti che concorrono a rendere operativi gli obiettivi previsti. E' stato, pertanto, istituito il Gruppo di coordinamento e monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (DGR 14600 del 30/10/2015) al fine di rendere maggiormente congruenti e sinergici i diversi progetti attuativi del Piano stesso e di monitorarne la realizzazione, nel rispetto dei risultati attesi, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute, come da Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 25 marzo 2015.

Nel 2017 il Gruppo di coordinamento e monitoraggio ha continuato a garantire il raccordo tra il livello regionale e aziendale attraverso periodici incontri, nonché monitorato periodicamente lo stato di avanzamento del Piano e il rispetto della tempistica prevista nei vari programmi/progetti; a supporto del monitoraggio sono state predisposte schede per ogni singolo progetto per valutare il raggiungimento di tutti gli obiettivi, il rispetto del cronogramma e la presenza di eventuali criticità. Sono stati valutati con periodicità tutti gli indicatori compresi nelle schede progettuali, tra cui quelli “sentinella”.

Nell'ultimo trimestre dell'anno si sono concentrati i lavori per la rimodulazione del PRP per l'anno 2018 e la programmazione al 2019 delle attività dei progetti, ai sensi dell'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017.

Complessivamente l'orientamento strategico è stato quello di garantire le azioni già avviate consolidandole in termini di qualità e/o di estensione a tutte le AUSL e di riprogettare le azioni per quei contesti modificatisi per quadro normativo o sulla base delle valutazioni dei risultati raggiunti per il biennio 2016-2017. Per ogni progetto è stato aggiornato il cronoprogramma e sono stati specificati i valori regionali degli indicatori attesi per il biennio 2018-2019: tale lavoro avrà un'ampia ricaduta di programmazione aziendale nel corso del 2018, con la definizione dei PLA per il biennio.

Nel corso del 2017 sono proseguite le attività relative ai 67 progetti inseriti nel PRP; 59 progetti presentano almeno un indicatore sentinella monitorabile nell'anno.

Per l'anno 2017 l'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 prevede una valutazione di processo del Piano, “misurata attraverso il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e valori standard degli indicatori sentinella”.

In particolare la certificazione si intende con esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella presenta uno scostamento tra valore osservato e valore standard non superiore al 20%.

Nel 2017, in riferimento agli indicatori sentinella oggetto di valutazione, il monitoraggio ha fornito i seguenti risultati:

- 66 indicatori sentinella (pari al 98,5% del totale) hanno rispettato i parametri per la certificazione; nel dettaglio: 64 indicatori (pari al 95,5% sul totale) hanno raggiunto il valore atteso; 2 indicatori (pari al 3% sul totale) hanno presentato uno scostamento pari o inferiore al 20%.
- 1 indicatore sentinella (pari all'1,5% del totale) non ha rispettato il valore previsto in quanto si è discostato di oltre il 20% dal valore atteso.

La valutazione complessiva del PRP riferita agli indicatori sentinella risulta pertanto corrispondente a quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni.

Programmi regionali di screening. L'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre screening oncologici, sia in termini di avanzamento del programma, sia per l'adesione della popolazione all'invito. In coerenza con le raccomandazioni regionali, l'invito è esteso sul

territorio aziendale anche alla popolazione non residente e domiciliata. I dati riportati in tabella derivano da una rilevazione regionale non ancora consolidata. Per quanto riguarda l'avanzamento e l'adesione ai programmi si registrano dati in linea e in diversi casi superiori alla media regionale.

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2015		2016		2017	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	98,9%	99,0%	98,6%	98,8%	98,3%	98,8%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	99,5%	98,2%	100,0%	96,8%	100,0%	96,8%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	99,7%	96,9%	100,0%	96,3%	100,0%	96,3%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	99,6%	94,1%	100,0%	97,0%	100,0%	97,0%
	Screening Colon Retto	95,1%	93,6%	96,1%	93,4%	98,3%	94,1%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	65,1%	59,5%	63,2%	60,6%	62,0%	59,7%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	75,0%	69,4%	76,8%	68,9%	76,1%	66,0%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	71,6%	72,5%	74,5%	73,7%	73,8%	69,9%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	70,5%	72,5%	73,5%	73,4%	72,5%	70,4%
	Screening Colon Retto	56,7%	54,5%	56,0%	55,1%	58,7%	53,3%

Sono state attuate le azioni necessarie all'adozione del **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19)**, secondo le indicazioni regionali.

Per rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche, in aggiunta alle attività comunicative svolte come di consueto attraverso vari canali (manifesti, opuscoli, comunicati stampa, articoli di approfondimento, utilizzo dei social network), sono state progettate e realizzate in collaborazione con il CCM aziendale iniziative di sensibilizzazione nei centri sociali (12 iniziative che hanno raggiunto circa 2000 persone) e attività di formazione rivolta agli operatori sanitari (corso di formazione realizzato in data 12 e 13 gennaio 2018).

Relativamente ai risultati raggiunti, le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Si riportano di seguito i dati regionali preliminari anticipati in data 14/2/2018 dalla Regione stessa o estratti dalla Anagrafe vaccinale aziendale.

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili obbligatorie e raccomandate al compimento del 2° anno di vita, l'AUSL di Imola mantiene buoni valori di copertura:

Tasso di copertura vaccinale nei bambini di 2 anni	2015	2016	2017
Poliomelite	96,16%	94,80%	96,16%
Emofilo (HIB)	95,12%	94,07%	96,39%
Pertosse	95,99%	94,62%	97,09%
Meningococco C	90,7%	89,5%	92,9%

- Vaccinazioni obbligatorie al 24° mese = 96,9%.

Le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Si riportano di seguito i dati regionali preliminari anticipati in data 14/2/2018 dalla Regione stessa o estratti dalla Anagrafe vaccinale aziendale:

- Meningococco B = 67,22% con la prima dose e 37,54% con le due dosi.
- MPR = 92,9% con una dose (al 24° mese) e 91,7% con due dosi (al 7° anno).
- HPV = 81,49%.

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 2000-2005	Coorti di nascita											
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
ANNO 2017	85,8%	84,3%	91,2%	89,6%	84,9%	83,7%	87,1%	84,6%	85,3%	81,9%	87,4%	81,4%

- Copertura vaccinale operatori sanitari = 30% (dati al 16/04/2018).

Epidemiologia e sistemi informativi

E' stata consolidata l'attività di sorveglianza relativa al **Registro di mortalità**: l'inserimento delle schede ISTAT risulta in linea con i tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; si prevede pertanto di raggiungere 95% degli inserimenti al 31 marzo 2018. Sono state eseguite tutte le azioni previste dal sistema di Sorveglianza degli stili di vita PASSI e Okkio alla salute (interviste, questionari, inserimento dati): per PASSI sono state inserite 105 interviste delle 110 assegnate alla nostra AUSL (95% atteso è raggiunto).

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

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 2017, in base ai dati disponibili, è la seguente:

- 1) caso di Dengue confermato, segnalato il 3/1/2017 e notificato in Regione;
- 2) caso NON confermato del 18/4/2017 non segnalato;
- 3) caso NON confermato del 11/8/2017 non segnalato;
- 4) caso NON confermato del 1/8/2017 segnalato.

E' stata data attuazione alle indicazioni contenute nel nuovo documento "Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". Per promuovere la corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio, è stata realizzata, in data

28/11/2017, una iniziativa di formazione e informazione rivolta ai gestori di impianti sportivi, strutture recettive e amministratori condominiali, in collaborazione con la Regione Emilia Romagna e le associazioni di categoria.

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Sono stati mantenuti i livelli consolidati di copertura di **vigilanza negli ambienti di lavoro** anche nel 2017 con un 9,3% di Unità controllate sulle esistenti. E' stata avviata la realizzazione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 con una percentuale di cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs. 81/08) pari al 15%.

Sono state puntualmente espletate le azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate. La Commissione di esperti istituita nell'ambito del DSP ai sensi della DGR 564/2000 ha dato seguito alla nota regionale prot. 181896 del 17/03/2017, realizzando un programma di attività di vigilanza e controllo sulle n. 8 strutture censite nel 2017.

Si è operato in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro finalizzata al miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

E' stata data attuazione al **Piano regionale integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale**, attraverso l'adeguamento sostanziale del piano delle attività 2017 della S.S.U. Igiene Alimenti e Nutrizione, della U.O.C. Igiene Veterinaria e del Programma Sicurezza alimentare. Si è raggiunto l'adeguamento ai criteri definiti al cap. 1 colonna ACL dell'Accordo Stato regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle regioni e provincie autonome e delle AA.SS.LL. in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", di cui alla DGR 1510/2013.

E' stato portato a compimento il Piano regionale alimenti con la realizzazione del 95% dei campioni eseguiti sul programmato. E' stata effettuata attività di controllo sul benessere animale in allevamento secondo gli standard definiti a livello regionale (15% o 20% secondo le specie). Sono stati programmati sulla base delle percentuali di copertura indicate dal PRI, n. 23 controlli sul benessere animale in allevamento. Ne sono stati eseguiti n. 26. E' stata effettuata attività di farmacovigilanza in allevamento secondo gli standard definiti a livello regionale. Sono state realizzate le azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica. Gli allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA) sono stati pari al 100% dell'atteso al fine del

mantenimento della qualifica regionale. In relazione alla implementazione del Portale Acque, con l'inserimento della programmazione del Piano di controllo acque potabili 2017, nonché l'inserimento per ogni acquedotto dei dati relativi alla Tabella B1 del D.Lgs. 31/2001, sono stati aggiornati i dati relativi alla popolazione servita per singolo acquedotto ed è stata inserita la pianificazione dei campioni 2017.

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

6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Sicurezza delle cure

Si è provveduto ad aggiornare ed adeguare il **Piano Programma Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio**, in coerenza con le Linee Guida della Regione Emilia-Romagna. Il documento è stato presentato al Collegio di Direzione e successivamente approvato formalmente con deliberazione n.11 del 17.01.2017.

L'Azienda ha mantenuto anche nell'anno 2017 la rete dei referenti Incident Reporting e quindi il sistema di segnalazione, nonché il flusso SIMES anche nel 2017; è stato, inoltre, effettuato puntualmente il caricamento dei dati nel data base regionale. Sono state adottate in tutte le specialità chirurgiche, le schede SSCL e trasmessi i dati alla Regione Emilia Romagna secondo i criteri concordati; l'Azienda ha aderito al progetto OssERvare ed attivato le osservazioni dirette concluse in febbraio 2017.

Si ricorda che è stato messo in funzione un sistema di identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo e conseguente procedura aziendale di utilizzo; è stata inoltre attivata la scheda unica di terapia informatizzata in quasi tutte le Unità Operative. Nel corso dell'anno 2017, si è proseguito ad implementare la procedura, attraverso:

- diffusione della procedura aziendale prevenzione violenza su operatore e raccolta ed analisi delle segnalazioni e relativi interventi ove necessario;
- revisione procedura allontanamento paziente da struttura sanitaria, con analisi degli eventi ed interventi di miglioramento qualora necessari;
- diffusione della procedura di gestione in sicurezza delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro a cui hanno fatto seguito n. 3 eventi formativi nel biennio 2016-2017; sono stati effettuati sopralluoghi nelle UU.OO. per la verifica della corretta applicazione della procedura;
- recepimento della procedura provinciale gestione della terapia trasfusionale con realizzazione di eventi formativi.

E' stato elaborato un Piano per la prevenzione delle cadute e il percorso di recepimento delle linee di indirizzo regionali, con anche la realizzazioni di eventi formativi sia in presenza che in FAD e sopralluoghi ambientali nelle Unità operative coinvolte. Si è valutata la fattibilità di inserire in cartella clinica informatizzata delle linee di indirizzo regionali per quanto attiene la valutazione del rischio caduta paziente. E' prevista nel 2018 la sperimentazione.

Adozione di strumenti di governo clinico

Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE, in particolare per i farmaci antivirali per l'epatite C, ed anche la percentuale di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi che dovrà essere del 100%. Dal dato periodico regionale di ritorno RER si evince che i dati risultano compilati dai prescrittori aziendali al 100%.

Nell'ambito delle linee guida regionali è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, anche al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing, ecc.). Dall'indicatore SIVER corrispondente all'obiettivo risulta per l'AUSL di Imola, nel 2017, attivato il 100% delle Richieste di Rimborso dei trattamenti chiusi dai prescrittori (oncologi, gastroenterologi, ecc.), vs una media Regionale del 94,76%.

In riferimento alla compilazione del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario, tutte le eccezioni prescrittive 2017 sono state inserite in data entry manuale nel DB regionale, a cura dei farmacisti della Direzione Assistenza Farmaceutica.

Segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco": % di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali (obiettivo: incremento rispetto al 2016). Nel 2017 il tasso di segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco" risulta del 21,03*100.000 residenti vs il 9,76 del 2016. Le segnalazioni ADR son più che raddoppiate.

Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (obiettivo: almeno 1 evento).

In relazione all'obiettivo assegnato di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria si evidenzia che nel 2017 sono stati attivati n. 5 eventi formativi intitolati "Vigilanza sui dispositivi medici", utilizzando la tipologia FAD sul Portale SELF-PA, che hanno visto reclutati n. 1.400 soggetti dipendenti dell'AUSL di Imola afferenti al Ruolo Sanitario. Al 31/12/2017 risultano aver concluso positivamente il corso (con prova di apprendimento superata) n. 1.124 persone, pari al 80,28% dei soggetti previsti.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

L'Azienda ha proseguito nel sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza. Il risultato del primo semestre 2017 ha visto il raggiungimento totale dell'obiettivo con una sorveglianza che ha raggiunto il 69% degli interventi non ortopedici in elezione. 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 - adesione globale delle Degenze 90%.

Nelle Case Residenziali per Anziani Accreditate a seguito del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani attraverso il gruppo rilevatori CRA che utilizzano il MAppER, si riscontra un'adesione globale pari a 85%. Per quanto riguarda il monitoraggio della soluzione alcolica - risultato globale considerando posti accreditati e non, pari a 6 Litri per 1.000 gg di degenza.

E' stata garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza dei C.P.E. ed è stato effettuato regolarmente il caricamento dei file mensili di sintesi sul sito web sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)" e il monitoraggio di 9 casi di Batteriemie da KPC (n. 2 di provenienza dal domicilio, già colonizzati) dei quali sono state compilate le schede specifiche SMI.

Sono stati effettuati sopralluoghi per verificare l'applicazione delle precauzioni aggiuntive da contatto e la sorveglianza dei contatti come da Linee Guida Regionali 2017. E' stato fornito anche supporto alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA.

In attuazione a quanto richiesto dalla Regione tutte le richieste di introduzione di nuovi DM sono state effettuate utilizzando un applicativo e compilando un questionario di appropriatezza sul percorso HTA con sistema di punteggio. Tutte le strutture sono state edotte del nuovo percorso. Il Servizio di Farmacia interna garantisce il tutoraggio per la compilazione del questionario. Nel 2017 sono state avanzate n. 2 richieste di nuovo DM. L'Azienda, inoltre, partecipa tramite la Farmacia al coordinamento a livello di AVEC.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

L'Area Accreditamento e Qualità nel corso del 2017 ha proseguito nella pianificazione e organizzazione dell'attività di verifica del mantenimento dello status di accreditamento nell'arco temporale che intercorre tra una visita di verifica effettuata dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e la successiva. Le verifiche ispettive interne vengono assegnate annualmente ai Responsabili di struttura complessa e semplice coinvolti come obiettivi di budget e fanno parte integrante della valutazione annuale di risultato.

Accreditamento

Nel corso del 2017 è continuato il percorso di avvicinamento ai requisiti generali previsti dall'Intesa del 20 Dicembre 2012 ed alla definizione delle evidenze, valutandone il grado di adesione a livello aziendale e dipartimentale. E' stata effettuata una autovalutazione del possesso dei requisiti utilizzando un "gruppo di miglioramento" (accreditato ECM) formato dai facilitatori per la qualità e l'accREDITamento dipartimentali e di UO. Sono stati rilevati alcuni scostamenti rispetto al livello di possesso previsto in particolare sul tema della gestione del rischio. Con l'uscita della DGR 1943/2017 l'autovalutazione utilizzata ed adattata per rispondere ai nuovi requisiti deliberati è stata allegata alla domanda di rinnovo dell'accREDITamento di azienda (fine gennaio 2018).

6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco

Governo dei tempi di attesa. In ordine al governo dei tempi di attesa l'AUSL di Imola ha posto nel corso degli anni numerosi interventi con azioni di aumento dell'offerta laddove necessario e misure organizzative volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Le linee di intervento poste in essere negli ultimi anni hanno riguardato:

- a) Operazioni di efficientamento organizzativo interno.
- b) Acquisto da parte dell'Azienda di prestazioni da professionisti interni al di fuori del loro orario istituzionale.
- c) Incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato.
- d) Incremento di attività di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati.
- e) Appropriatezza prescrittiva mediante controlli sui quesiti diagnostici resi maggiormente fruibili tramite il sistema informativo gestionale della Società CUP 2000.
- f) Separazione delle Agende tra il "primo accesso" e gli "accessi di controllo", anche in questo ambito con il supporto del sistema informativo gestionale della Società CUP 2000.
- g) Servizio di Recall automatico che 7 gg prima della data di effettuazione ricorda al cittadino l'appuntamento chiedendone contestualmente conferma o disdetta.
- h) Apertura delle Agende senza soluzione di continuità.

Tutto il percorso e le azioni programmate sono costantemente presidiate da un team operativo multidisciplinare di controllo che assicura il monitoraggio delle misure previste nel Programma, individuando gli aggiustamenti progressivi laddove necessario, sia per gestire criticità di singole prestazioni con azioni di natura urgente, sia per definire, realizzare e coordinare gli interventi di tipo strutturale.

A seguito dell'emanazione della DGR 1056 del 27.7.2015 avente ad oggetto "Riduzione delle Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", l'AUSL di Imola ha potenziato le azioni in campo in termini di ulteriore aumento dell'offerta interna e la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato.

E' stato in tal modo realizzato il miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni, che si è mantenuto costante negli esiti con indici di performance in linea con gli standard regionali previsti, come evidenziano le tabelle di cui al paragrafo 4.2. Sono stati inoltre posti in essere gli interventi per attuare l'obbligo di disdetta delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali ai sensi della DGR 377/2016.

In tema di "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", l'Azienda ha avviato l'applicazione delle indicazioni contenute nella DGR 272/2017, nominando in primis il RUA quale figura di Responsabile unico aziendale a presidio dell'organizzazione volta ad assicurare uniformità di accesso e trasparenza e a definire i criteri per l'assegnazione delle priorità di inserimento in lista per le patologie prostatiche, vescicali e protesi d'anca.

In riferimento al dettaglio sulle performance relative all'anno 2017, si rimanda al paragrafo 3.1 del presente documento "Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero" dove vengono rendicontati gli obiettivi della DGR 830/2018: 2.1 "Garanzia

dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale” e 3.1 “Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero”.

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia Romagna per l'anno 2017

Assistenza Farmaceutica. Come mostra la tabella sottostante, la spesa farmaceutica complessiva registra, rispetto al 2016, un incremento del +6,4%, a fronte di un incremento medio regionale del +4,4%. Tale incremento è imputabile alla voce Acquisto Ospedaliero, rispetto al quale la tabella riporta la composizione.

La spesa farmaceutica convenzionata registra un valore netto rispetto al 2016, pari a -3,3% (- € 568.185), a fronte di una riduzione media regionale pari a -2,6%. La spesa netta pro-capite pesata della farmaceutica convenzionata, per il 2017, risulta pari a € 123,91 (con una variazione rispetto al 2016 del -3,9% pari a - € 5,08) a fronte di una spesa netta pro-capite pesata regionale di € 110,24.

Per quanto riguarda la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A si registra un incremento del +23%.

La spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A) rileva per l'AUSL di Imola un valore pro capite pari a € 184,28 registrando sul 2016 un incremento del +3,8% e pari a + € 5,91.

Lo scostamento rispetto al valore pro capite regionale 2017 (€ 173,93) risulta pari a + € 10,35, rilevando uno scostamento maggiore con la media regionale rispetto al 2016 dovuto all'incremento della Erogazione diretta di fascia A.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2016	2017	var % 2017 - 2016	var % Media RER 2017 - 2016
Farmaceutica convenzionata	€ 17.215.673	€ 16.647.488	-3,3%	-2,6%
Acquisto Ospedaliero	€ 18.476.642	€ 20.607.497	15,8%	8,8%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 35.692.315	€ 37.254.985	6,4%	4,4%
Acquisto Ospedaliero	2016	2017	var % 2017 - 2016	var % Media RER 2017 - 2016
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 18.476.642	€ 20.607.497	15,8%	8,8%
<i>di cui</i>				
Consumi interni e Diretta ex Osp 2	€ 11.886.104	€ 12.495.792	5,1%	10,4%
DD Fascia A	€ 6.590.539	€ 8.111.705	23,1%	5,7%
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2016	2017	var 2017 - 2016	var % 2017 - 2016
Spesa netta pro capite pesata	€ 128,99	€ 123,91	-€ 5,08	-3,9%
Media RER	€ 113,29	€ 110,24	-€ 3,05	-2,7%
Scostamento da media regionale	€ 15,71	€ 13,67		
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2016	2017	var 2017 - 2016	var % 2017 - 2016
Spesa netta pro capite pesata	€ 178,37	€ 184,28	€ 5,91	3,8%
Media RER	€ 173,78	€ 173,93	€ 0,15	0,2%
Scostamento da media regionale	€ 4,59	€ 10,35		

Farmaceutica convenzionata. In relazione alla farmaceutica convenzionata l'obiettivo di riduzione assegnato dalla Regione all'AUSL di Imola per l'anno 2017 era pari al -1,4%; in sede di Bilancio Economico Preventivo 2017, l'AUSL di Imola si era posta l'obiettivo di riduzione del -5,2%, accompagnato da un sistema di azioni sul quale l'Azienda è stata impegnata e orientata nel corso dell'anno con particolare riferimento ai seguenti ambiti di intervento posti in essere:

- Incremento dell'erogazione diretta alla dimissione (ambulatoriale e da degenza) potenziata mediante il supporto di apposito spazio di dispensazione dedicato e ubicato presso il presidio ospedaliero, ma anche presso la Casa della Salute di Castel San Pietro.
- Incremento dell'erogazione diretta per presa in carico integrata di pazienti cronici con BPCO - Diabete - Glaucoma. Su progetti/procedure integrate tra specialisti e Medicina Generale, o tra specialisti ospedalieri e distrettuali. La dispensazione dei medicinali in dimissione ambulatoriale avviene sia presso il presidio ospedaliero che presso le Case della Salute
- Monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo Medico di Medicina Generale al fine di presidiare i fenomeni di iperprescrizione intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro/capite rispetto alla media aziendale
- Incontri stabili con i MMG per confronti e analisi congiunte sui dati di monitoraggio con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche quali: Inibitori di pompa protonica, Statine, Sartani, Ace Inibitori, Equivalenti.

- L'adozione del Piano Prescrittivo già adottato in AVEC specifico per i PPI a carico SSN in sede di dimissione, a cura degli specialisti aziendali ed il contestuale monitoraggio del trend (previsto in riduzione) del consumo interno ospedaliero dei PPI assegnato come obiettivo di budget pesato alle UU.OO ospedaliere.
- Il controllo di referti ambulatoriali e/o lettere di dimissione degli specialisti ospedalieri, finalizzato a valutazioni di appropriatezza prescrittiva (es. aderenza al Prontuario Regionale/AVEC ed incremento farmaci a brevetto scaduto) su un campione individuato, condotto da apposito team aziendale composto da Direzione Farmaceutica, Cure Primarie e Direzione Medica ospedaliera.
- Monitoraggio delle prescrizioni ospedaliere e territoriali, a cura degli specialisti, dei farmaci per la terapia del dolore maggiormente costo-opportuni.

Il consuntivo 2017 registra una riduzione rispetto all'esercizio 2016 del -3,3% pari a € -568.185 che si configura quale risultato migliorativo rispetto all'obiettivo regionale assegnato (-1,4%) e alla media regionale (-2,6%), ma come risultato intermedio rispetto all'obiettivo che l'Azienda si era posta in sede di BEP 2017 (-5,2%). Il positivo risultato consente di apprezzare la riduzione della spesa netta pro-capite pesata di € -5,08 rimanendo al contempo un ambito sul quale l'Azienda continuerà le azioni intraprese per il progressivo avvicinamento alla media regionale del costo pro capite netto.

Acquisto Ospedaliero di Farmaci. In relazione alla spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci l'obiettivo assegnato dalla Regione per il 2017 prevedeva un incremento del +6,28% rispetto al 2016, al netto dell'ossigeno e dei farmaci innovativi (HCV e Oncologici + Ivacaftor per Fibrosi Cistica). In sede di Bilancio Economico Preventivo 2017, l'AUSL di Imola ha previsto un incremento di spesa del +5,02% al netto dei farmaci innovativi e dell'ossigeno. Il consuntivo 2017 registrato dall'AUSL di Imola risulta pari al +15,8%, pari a € +2.248.549 rispetto al 2016, di cui:

- Consumi interni +5,1%.
- Erogazione Diretta di fascia A +23,1%.

Gli elementi che concorrono all'incremento della spesa per acquisto ospedaliero insistono prevalentemente sull'erogazione diretta di fascia A, la cui variazione del +23,1% pari a € +1.521.000, comprende fattori di spesa contingenti per pazienti presi in carico affetti da malattie rare, in particolare:

- Erogazione Diretta di Fascia A

La linea di erogazione per "pazienti presi in carico" registra una variazione tra il 2017 e il 2016 di € +54.000 derivante dall'incremento di acquisto di fattori della coagulazione per pazienti emofilici (€ +640.000) e di un farmaco per fibrosi cistica (associazione di Ivacaftor+Lumacaftor=ORKAMBI® non innovativo) a favore di 3 pazienti omozigoti per la mutazione F508del gene CFTR (€ +250.234), per i quali non esistono al momento alternative terapeutiche. Si riporta di seguito il trend di spesa per l'erogazione di farmaci correlati a pazienti affetti da malattie rare ed il n.ro di pazienti presi in carico dal quale si può evincere il significativo assorbimento di spesa di tale ristretto ambito nella variazione di spesa

complessiva ed una significativa incidenza del n.ro di pazienti in carico sul totale della popolazione residente. Ciò è evidente anche dal flusso FED_2017 regionale RER: la spesa dell'AUSL di Imola relativa alla modalità di erogazione "4 - Affetti da malattie rare" rappresenta il 5,6% del corrispondente totale regionale di € 44.025.855.

Patologie - Malattie Rare	2016		2017		var 2017-2016	
	N.ro pz	Spesa annuale	N.ro paz	Spesa annuale	N.ro paz	Spesa annuale
Malattia di Gaucher	2	€ 469.164	2	€ 475.034	0	€ 5.871
Emofilia (farmaci fascia A)	13	€ 1.330.687	11	€ 1.722.656	-2	€ 391.969
Immunodeficienza primaria	2	€ 28.887	2	€ 34.213	0	€ 5.326
Fibrosi cistica	2	€ 85.762	3	€ 335.996	1	€ 250.234
TOTALE	19	€ 1.914.499	€ 18	€ 2.567.899	-1	€ 653.400

La linea di erogazione diretta di fascia A "in dimissione" rileva una variazione tra il 2017 ed il 2016 di € +265.000 correlata al potenziamento dell'attività mediante un punto aggiuntivo di distribuzione dedicato ubicato presso il presidio ospedaliero.

La linea di erogazione diretta di fascia A "in distribuzione per conto" registra un incremento di € +262.000 (con obiettivi regionali raggiunti, in merito alla DPC, sia come numero di pezzi DPC incrementati, che come numero di pezzi di rientro in convenzionata) mentre l'erogazione presso le "strutture residenziali" presenta un incremento di € +41.000, dovuto principalmente all'incremento di erogazione diretta c/o le Case della Salute di farmaci per presa in carico integrata di pazienti cronici (BPCO in particolare).

- Consumi interni

I consumi interni, al netto dei farmaci innovativi, registrano un incremento del +5,1% pari a € +609.689 derivante prevalentemente da:

- Vaccini € +579.000 con riferimento alla progressiva applicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
- In via residuale un lieve incremento dei consumi dei reparti ospedalieri per farmaci antibiotici, antimicotici.

- Farmaci Innovativi

Si riporta in tabella l'andamento dei farmaci innovativi oncologici e per HCV, la cui spesa è stata coperta da appositi finanziamenti regionali, al netto dei rimborsi per pay-back di competenza 2017 in relazione all'applicazione di accordi negoziali prezzo/volume o in caso di accordi di condivisione del rischio da gestire on-line sui registri AIFA.

Farmaci Innovativi	Consuntivo 2015			Consuntivo 2016			Consuntivo 2017		
	HCV	Oncologici	TOTALE	HCV	Oncologici	TOTALE	HCV	Oncologici	TOTALE
Consumo lordo	€ 1.752.484	€ 326.312	€ 2.078.796	€ 1.521.346	€ 439.851	€ 1.961.197	€ 1.176.218	€ 985.307	€ 2.161.525
Note di credito	€ 436.413		€ 436.413	€ 922.985		€ 922.985	€ 698.713		
Finanziamento RER			€ 1.343.000	€ 597.500	€ 440.000	€ 1.037.500	€ 477.505	€ 962.524	€ 1.440.029

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 50 DDD ogni 1000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria.

OBTV PPI 2017 < 50DDD*1.000ab.pes/ die		
Area	DDD pes 2017	Diff. % 2017/16
Imola	53,61	-13,70%
Bologna	53,68	-2,20%
Ferrara	55,42	0,40%
PC	69,04	0,30%
PR	59,15	-0,90%
RE	57,67	-6,30%
MO	60,35	-2,50%
AVR	53,34	-10,60%
RER	56,78	-4,70%

Il consumo pesato di PPI di Imola è, insieme a quello di Bologna e della Romagna, il più basso tra tutte le Aziende RER. In particolare, Imola registra la più alta riduzione percentuale del consumo 2017 vs 2016. La riduzione di spesa convenzionata è stata del 15% (pari a circa € 226.000). Contestualmente, la riduzione % dei consumi ospedalieri 2017/16, calcolati in DDD/100 gg di degenza è ancora più elevata (-15,08%).

Consumi ospedalieri PPI DDD/100 gg degenza

Codifica ATC	Descrizione ATC	DDD/100 gg deg 2016	DDD/100 gg deg 2017	Diff assoluta	Diff %	Spesa 2016	Spesa 2016 / gg deg	Spesa 2017	Spesa 2017 / gg deg	Diff assoluta	Diff %
A02BC01	OMEPRAZOLO	36,20	21,69	-14,51	-40,08%	20.010,80	0,20	21.048,23	0,21	0,01	5,52%
A02BC02	PANTOPRAZOLO	2,80	13,76	10,96	391,52%	0,03	0,00	6.219,49	0,06	0,06	22.645,014%
A02BC03	LANSOPRAZOLO	75,39	61,69	-13,70	-18,17%	4,20	0,00	1,54	0,00	0,00	-63,32%
	Somma:	114,38	97,14	-17,24	-15,08%	20.015,03	0,20	27.269,26	0,27	0,07	36,68%

Promozione uso appropriato, dopo accurata diagnosi, dei farmaci respiratori LABA/LAMA in associazione per il trattamento della BPCO: in particolare la prescrizione di ciascuno di tali farmaci dovrà avvenire in presenza del piano terapeutico previsto a livello regionale in cui lo specialista abbia riportato, dall'esito dell'esame spirometrico, il rapporto FEV1/FVC, valore utile per formulare diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva da moderata a molto grave secondo quanto raccomandato dalle linee guida.

Tali medicinali, come da progetto di presa in carico integrata (specialisti/MMG), sono previsti in Erogazione Diretta Aziendale sia presso il presidio ospedaliero sia presso le Case della Salute. Il filtro di valutazione/validazione della presenza dei requisiti minimi prescrittivi (compreso il rapporto FEV1/FEV) è garantito dal farmacista dispensatore. Ulteriore azione indispensabile, finalizzata a miglior appropriatezza diagnostico-prescrittiva in merito, è la predisposizione in itinere del PDTA/BPCO.

Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di

identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in aderenza alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare.

Le Raccomandazioni regionali in merito, uscite a maggio 2017, sono state recepite a livello aziendale da un gruppo di Lavoro multiprofessionale (clinici nefrologi, cardiologi, diabetologi, MMG, farmacisti, medici del Dipartimento di Cure Primarie, ecc.). E' stato elaborato il progetto sperimentale "BUON USO delle STATINE/farmaci ipolipemizzanti". Il progetto è stato presentato in plenaria ai MMG, nonché agli specialisti all'interno dei Comitati dei Dipartimenti Ospedalieri coinvolti. Tutti gli elementi necessari alla corretta valutazione dei pazienti ai fini della prescrizione, differenziati per prevenzione primaria e secondaria, classi di rischio del paziente (naive o già in trattamento), target di colesterolo C-LDL da raggiungere e grado di intensità della statina, sono stati recepiti in due schede di arruolamento, ovvero 2 moduli prescrittivi, da compilare a cura degli specialisti in dimissione da qualsiasi setting. Tutti i passaggi organizzativi sono descritti nella Procedura di Direzione Sanitaria "Progetto BUON USO Statine".

Adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e il rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti.

Negli anni passati l'AUSL di Imola ha sempre raggiunto gli obiettivi relativi al tasso di utilizzo atteso per i farmaci, di prima scelta o innovativi (incretine, gliflozine, ecc.) per il diabete di tipo 2. Le raccomandazioni 2017 e gli obiettivi RER sono stati trasmessi, discussi e condivisi con tutti i prescrittori anche all'interno del Gruppo multiprofessionale aziendale del PDTA in corso "Gestione integrata del Diabete di Tipo 2". Si fa presente, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione 2017 di Imola per complicanze del Diabete (indicatore SIVER n. 687) risulta, dopo quello di Bologna, il più basso di tutte le aziende RER, ed assai inferiore alla media regionale (32,32 vs 38,88). Il tasso composito di ospedalizzazione (indicatore SIVER n. 686) per diabete, BPCO e scompenso, risulta il più basso di tutta le aziende regionali (313,22 vs 415,31).

Adesione alle raccomandazioni contenute nel documento regionale di indirizzo sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali (NAO). La quota dei pazienti naive agli anticoagulanti arruolati al trattamento con i NAO (pazienti incidenti) dovrà essere sovrapponibile a quella dell'anno 2016, mentre dovrà essere dimezzata rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO.

- La quota 2017 per Imola dei pazienti naive arruolati a NAO è stata del 62,94%, rispetto alla media regionale del 65,31%. L'AUSL di Imola risulta la terza azienda con la più bassa percentuale regionale (vedi indicatore SIVER corrispondente). Lo scostamento rispetto al 2016 è stato uno tra i più contenuti.
- In merito allo shift da AVK a NAO, si ribadisce quanto segnalato negli anni passati: l'AUSL di Imola non si è mai portata a regime, per la particolare organizzazione aziendale che non consente ai prescrittori del centro autorizzato per i NAO, di conoscere i dati di TTR/Controlli

in range (previsti dalle LG regionali) dei pazienti in AVK. La percentuale totale dei pazienti trattati con NAO rispetto al totale dei pazienti con anticoagulanti orali (vedi indicatore SIVER corrispondente) risulta per Imola, comunque, la più bassa di tutte le Aziende regionali nel 2017.

In relazione al nuovo farmaco per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA.

Nel 2017 solo 3 pazienti sono stati trattati: tutti arruolati da Centri Autorizzati di Bologna. Nessuno con prescrizioni da Centro Autorizzato aziendale. I requisiti prescrittivi sono tutti stati verificati all'atto della dispensazione in esclusiva erogazione diretta aziendale.

Il contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci, con particolare attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e all'uso territoriale dei fluorochinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione di donne di età 20-59 anni e, per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici, alla promozione di azioni informative e di monitoraggio per favorire il controllo delle resistenze batteriche.

La promozione dell'uso appropriato dei farmaci viene costantemente svolta dal responsabile clinico del Nucleo operativo URA (Uso Responsabile Antibiotici) aziendale. Il consumo degli antibiotici sistemici viene periodicamente monitorato sia a livello ospedaliero (DDD/100GG degenza) che territoriale (DDD*1.000 ab. pes/die), discusso periodicamente con i prescrittori con i componenti del Nucleo URA, sia in sedute plenarie, che di Comitati di Dipartimento, che di responsabili di CRA, che di NCP, che di singole UUOO ospedaliere. Vengono contestualmente portati all'attenzione dei prescrittori, sia i dati di resistenze microbiologiche locali correlati a consumo, confrontati con il medesimo contesto regionale, nazionale ed europeo, sia la costante evoluzione delle LG in merito a trattamento, profilassi (esclusivamente chirurgica e Non medica!), emocolture pre-terapia antibiotica, rivalutazione quotidiana delle terapie, corretta posologia, durata e frequenza di somministrazione, ecc.

I dati 2017 di consumo territoriale (convenzionata ed erogazione diretta) di antibiotici sistemici registrano una riduzione di circa il 4% vs il 2016 (vedi indicatore SIVER corrispondente). L'indicatore ha quindi un trend positivo, pur mantenendosi l'AUSL di Imola una delle aziende con il più alto tasso standardizzato di consumo di antibiotici sistemici territoriali: 17,23 DDD/1.000 residenti vs 16,84 della media regionale.

Anche i dati di consumo ospedaliero tassato registrano una riduzione di oltre il 4% di antibiotici sistemici, come da tabella seguente:

Consumi totali ospedalieri	DDD/100 gg deg 2016	DDD/100 gg deg 2017	Diff assoluta	Diff %	Spesa 2016	Spesa 2016 / gg deg	Spesa 2017	Spesa 2017 / gg deg	Diff assoluta	Diff %
ANTIBIOTICI SISTEMICI	98,57	93,71	-4,87	-4,9%	399.329	3,96	435.244	4,33	0,37	9%
<i>di cui</i>										
Fluorochinolonici sistemici: somma ATC J01MA	11,32	10,64	-0,68	-6%						
Carbapenemici sistemici: ATC J01DH	2,61	2,73	0,12	4%						

La riduzione si registra anche per il consumo standardizzato di fluorochinoloni sia a livello territoriale (da 1,96 DDD*1.000 res del 2016 a 1,87 nel 2017 - come da indicatore SIVER) che ospedaliero.

Il consumo si riduce anche nella sottopopolazione specifica delle donne di età 20-59 anni per (DDD*1.000 res): da 1,44 del 2016 a 1,37 del 2017. Il tasso di prescrizione di antibiotici sistemici è diminuito anche nella fascia di popolazione pediatrica (<14 anni) come previsto dagli obiettivi regionali (vedi indicatore SIVER relativo) da 910,26 x 1.000 residenti nel 2016 a 823,16 nel 2017.

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. L'obiettivo di adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni elaborate nel gruppo (GReFO) costituisce riferimento perseguito a livello aziendale. Per quanto riguarda le terapie orali ad alto costo si richiama il continuo monitoraggio periodico degli Inibitori delle protein-chinasi, come strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva del Centro oncologico aziendale. Dal monitoraggio annuale emerge che l'ONCO-IM ha in carico il 54,4% dei pazienti in terapia con tali farmaci, ma la spesa corrispondente generata è solo del 43,45%. Così come il costo medio/pz/anno è inferiore a quello medio aziendale per tutti i pazienti residenti in carico come erogazione diretta (14.264 € vs 17.859 €).

Adottare a livello locale modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali (esempio con la programmazione di giorni di drug day) al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.

Già attuato fin dal 2015 tramite convenzione con ASL-BO (rete dei laboratori UFA), sia per gli allestimenti oncologici, urologici ed oculistici.

Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con obiettivo di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni per:

- Epoetine il 70%.

L'esito del monitoraggio aziendale (consumi interni + erogazione diretta a pazienti residenti) è espresso nella tabella seguente.

Totale Aziendale 2017	DDD tot	Importo	% DDD	% SPESA
ORIGINATOR	59.183	144.046	46%	59%
BIOSIMILARE	69.012	98.232	54%	41%
TOTALE ERITROPOIETINA	128.195	242.278		

L'indicatore SIVER corrispondente riporta esito, per l'AUSL di Imola, un poco superiore al 54% di utilizzo di biosimilare vs originator (57,34%), poiché viene calcolato attribuendo anche il consumo di quanto erogato da altre aziende ai pazienti imolesi. Ma come si evince dalla tabella seguente che riporta l'originator e biosimilare della sola ED a pazienti residenti con prescrizioni originate da Centri A extra-AUSL Imola, il contributo poco virtuoso dei CA extra-ASL (soli il 33% di biosimilare prescritto non sostituibile in ED, ai sensi delle norme vigenti) contribuisce a

peggiore un esito che, in base a quanto prescritto da Centri locali, sarebbe stato quasi conforme all'obiettivo previsto dalla DGR 830/2017 (67% vs 70%).

Erogaz Diretta_F.cia compreso DPC da Centri Prescrittori extra-ASL	DDD tot	Importo	% DDD	% SPESA
TOTALE ORIGINATOR	29983	64.022	67%	74%
TOT BIOSIMILARE	14863	22.008	33%	26%
TOTALE ERITROPOIETINA	44846	86.030		

- Ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa.

Si evidenziano nella tabella seguente i risultati aziendali conformi all'obiettivo.

Consumi Somatotropo Aziendali 2017	spesa ED	% gara (OBTV RER =80%)	n°pz
TOTALE AREA PEDIATRICA	€ 127.095	78%	24
di cui Q.tà (mg) di p.a. in gara	5.206	83%	
TOTALE AREA ADULTI	€ 2.454	63%	2
di cui Q.tà (mg) di p.a. in gara		70%	
Totale	€ 129.549	79%	26
di cui Q.tà (mg) di p.a. in gara	6.064	85%	

- Anti TNF alfa, raggiungimento del 45% del consumo di biosimilare dell'infliximab e del 35% del biosimilare dell'etanercept sulla prescrizione complessiva di ciascun principio attivo.

Tutti i pazienti in terapia endovenosa con infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati nel 2017 con il biosimilare (vedi indicatore SIVER 2017 corrispondente che riporta percentuale d'uso del biosimilare del 100%).

Aumentare il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in prima linea/totale piani terapeutici in prima linea dell'ambito considerato); le singole realtà dovranno avviare un approfondimento sulla variabilità prescrittiva e mettere a punto con i professionisti approcci prescrittivi condivisi, fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente per l'anno 2016. Già nel 2016 la CF-AVEC aveva messo a punto un documento condiviso con gli infettivologi responsabili degli ambulatori HIV, farmacologi e farmacisti delle aziende di AVEC che definiva approcci prescrittivi uniformi e coerenti alle LG ministeriali, e definiva anche il costo/terapia dei singoli trattamenti suddivisi per linea di terapia (stadiazione e gravità). Il documento era stato inviato in regione, così come richiesto dalle LP-RER 2016. Nel 2017, il documento è stato ripreso per un doveroso aggiornamento, alla luce sia delle nuove LG ministeriali (Istituto Superiore di Sanità) di trattamento dell'HIV pubblicate a dicembre 2016, sia dei costi aggiornati dei nuovi e vecchi regimi terapeutici previsti.

Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2017 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri

concordati nel gruppo di lavoro regionale, privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità. L'obiettivo è stato raggiunto: tutti i dati sono costantemente monitorati dalla Regione, poiché prescrizioni e dispensazioni sono doverosamente registrate nella Piattaforma regionale.

Farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella L. 648/96: utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale nelle realtà con maggior spesa per trattamento.

Nel 2017 sono stati trattati n. 158 pazienti con bevacizumab ai sensi della L. 648/96, per un totale di 473 allestimenti al costo di € 1.474. N. 1 solo paziente con ranibizumab (autorizzato direttamente dalla Direzione Sanitaria) per una sola somministrazione al costo di € 645.

Orientare la prescrizione dei fattori della coagulazione nel trattamento e nella profilassi dei sanguinamenti in pazienti con emofilia A e B, sia nei nuovi pazienti sia nei soggetti già in trattamento sottoposti a switch prescrittivo, ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte di magazzino e aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna.

Non presenti in Imola Centri Autorizzati alla prescrizione dei fattori della coagulazione per EMOFILIA A e B. Elevata spesa comunque sostenuta per un paziente emofilico che aveva sviluppato resistenza ai fattori della coagulazione nel corso del 2016, trattato per tutto l'anno con alte dosi dell'unico fattore da DNA ricombinante presente in commercio con inibitore bypassante l'attività del fattore VIII (vedi commento a ED fascia A pe Malattie RARE).

Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271).

Applicazione delle raccomandazioni garantite dalla partecipazione al gruppo regionale della responsabile della Neurologia aziendale, nonché prescrizioni verificate costantemente in corso di dispensazione in erogazione diretta aziendale. Il costo ed i pazienti in carico per biologici immunosoppressori dell'area neurologica sono monitorati periodicamente; il costo medio/pz/anno della neuro aziendale inferiore a quello dei centri extra-Imola - € 11.858 vs €12.272).

7. Area dell'organizzazione

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

Nel corso del 2017 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 vengono di seguito illustrati in relazione agli specifici obiettivi di cui alla DGR 830/2017.

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

Con riferimento alle azioni propedeutiche ad implementare il sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC), l'Azienda ha partecipato agli incontri dei gruppi di lavoro, coordinati a livello regionale, assicurando la presenza e la produzione di quanto di volta in volta necessario. I gruppi nei quali è stato particolarmente impegnata riguardano: Piano dei Conti, Contabilità Analitica, GAAC/GRU, Complessi Immobiliari, FRNA, Cespiti e Prodotti Servizi.

Inoltre, entro il 31.12.2017, l'Azienda ha aggiornato l'impianto aziendale per l'applicazione dall'1.1.2018 del nuovo Piano dei Conti con i collegamenti alle anagrafiche dei prodotti di magazzino, prodotti servizi, classi merceologiche, cespiti e fattori produttivi.

Il Governo dei processo di acquisto di beni e servizi

Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi.

Nell'anno 2017 l'AUSL di Imola ha avuto un livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) pari al 79,5% del totale degli acquisti di beni e servizi.

Occorre evidenziare che tra le procedure di gara ancora a carico alla sola AUSL di Imola vi è il servizio di pulizie e lavanolo (valore economico € 4.914.637) relativo ad un contratto stipulato nel 2013.

L'importo economico così elevato incide pesantemente sulla percentuale complessiva che, senza tale valore, supererebbe abbondantemente l'80% richiesto. Attualmente sono in corso due procedure per il servizio di pulizia e il servizio di lavanolo, attivate da Intercent-ER, nelle quali è compresa anche l'AUSL di Imola.

Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie.

Il totale degli importi dei contratti anno 2017 relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati con convenzioni Intercent-ER risulta pari al 77,35% del totale dei contratti relativi alle stesse categorie.

Per Energia Elettrica e Gas è stata effettuata un'adesione al 100% alle convenzioni Intercent-ER.

Per Farmaci e Antisettici non è stato possibile raggiungere la percentuale richiesta dell'85% per le seguenti motivazioni: a) per alcune tipologie di farmaci in esclusiva da luglio a dicembre 2017 sono state effettuate "gare ponte" in AVEC in quanto le convenzioni Intercent-ER sono state attivate solo a novembre 2017; b) per Antisettici nell'anno 2017 sono stati effettuati acquisti in Area Vasta in quanto non era attiva convenzione Intercent-ER.

Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario.

Dal 2013 l'AUSL di Imola ha delegato al Servizio Acquisti Metropolitan (SAM) l'espletamento di procedure di gara del valore superiore ad € 40.000,00, pertanto non ha applicato l'informatizzazione delle procedure prevista per gli acquisti di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario.

Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.).

Nel 2017 sono state effettuate n. 35 richieste di offerta utilizzando il mercato elettronico della Regione Emilia Romagna Intercent-ER.

Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati.

In tutte le richieste di offerta e nei contratti è stata inserita la clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015.

Almeno il 35% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

Nell'anno 2017 sono stati inviati, tramite la piattaforma NoTI-ER, ordini di beni gestiti a Magazzino Economale per circa il 41% sul totale degli ordini emessi; dal mese di novembre 2017 si sono aggiunti anche parte di quelli gestiti dal Magazzino Farmaceutico.

Il Governo delle risorse umane

L'ambito della gestione delle risorse umane ha registrato nel corso del 2017 diverse modifiche. 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 2017 è stata realizzata l'integrazione a livello metropolitano delle funzioni della UOC Gestione Risorse Umane nel SUMAP (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale). Inoltre dal 1.1.2017 è partita la gestione del personale tramite il Software GRU - Gestione Risorse Umane.

Interventi che hanno, tra l'altro, l'obiettivo di favorire lo sviluppo di linee di azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche a livello centralizzato in Area metropolitana.

Nel corso del 2017, sono proseguiti processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra Aziende, sia a livello provinciale che di Area Vasta, al fine di migliorare l'efficienza gestionale e giungere all'adeguata ridefinizione del fabbisogno di risorse umane.

Particolare è stato l'impegno della Direzione aziendale al rispetto delle disposizioni della Legge 161/2014, che ha visto il coinvolgimento di tutti i responsabili di struttura nella gestione della risorsa umana e razionale contenimento della spesa di tale fattore produttivo, in ottemperanza delle predette norme.

Nel corso del 2017 il personale amministrativo dell'UO Risorse Umane, del Distretto e dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete è stato impegnato nella prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). In particolare, nella messa a punto delle modalità operative per la realizzazione della procedura informatizzata di gestione delle risorse mediante condivisione di alcuni criteri omogenei di interpretazione normativa degli istituti giuridici del personale, nella verifica dell'omogeneità degli assoggettamenti previdenziali e nella implementazione del sistema che ha consentito, dal 1.1.2017, come stabilito, di passare alla procedura GRU rispettando le scadenze individuate nel crono programma. Alcuni dipendenti dell'Azienda hanno fatto parte della cabina di regia del GRU, come anche nell'attivazione delle modalità di collaudo frazionato della stessa procedura che consentissero alla parte pubblica una migliore garanzia di soluzione delle problematiche emerse nel corso dell'anno e non risolte alla data prevista per il collaudo stesso.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

In ottemperanza alla determina dirigenziale 4955/2014 che dettava l'invio semestrale al Nucleo regionale di Valutazione dell'elenco dei sinistri aperti potenzialmente sopra soglia, nonché l'aggiornamento rispetto alla situazione dei sinistri precedentemente segnalati, per l'anno 2017, le comunicazioni sono state effettuate nel rispetto della tempistica semestrale con note prot. 20458 del 4.7.2017 e prot. 39321 del 29.12.2017.

In ordine all'indicatore "Alimentazione del data base regionale. Grado di completezza del database regionale target:100% dei casi aperti nell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo" si evidenzia che entro la data prevista, sono stati inseriti i dati di tutti i sinistri pervenuti al 31.12.2017 (n. 38). Inoltre, la reportistica regionale al 15.1.2018, indica che l'apertura dei sinistri è registrata al 100% in un arco temporale inferiore ai 15 gg.

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

Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Piattaforme logistiche. 100% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale. L'AUSL di Imola ha sempre collaborato fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste nei tempi previsti per le fasi del progetto di pre-fattibilità tecnico economico del magazzino unico di AVEC.

Nuovo gestionale dell'area amministrativa contabile (GAAC). 100% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. L'AUSL di Imola ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo e il massimo supporto professionale necessario.

Nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane). 100% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. L'AUSL di Imola ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo e il pieno supporto professionale necessario.

Entro il 31/12/2017 si devono adattare i software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. 100% adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale FSE. L'AUSL di Imola oltre ai documenti che erano già disponibili (Referti Laboratorio Analisi, Radiologia, Pronto Soccorso e specialistica ambulatoriale e Lettere di dimissioni), nel corso del 2017 ha garantito l'adeguamento dei SW aziendali per l'invio dei Certificati Vaccinali, la consegna on-line delle immagini radiologiche, la consegna dei referti trasfusionali. Entro il primo quadrimestre 2018 si procederà all'invio a FSE delle lettere invio Screening.

In riferimento alla percentuale di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti (Target: 100%): le prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sono rimaste le stesse del 2016. Le prestazioni non prenotabili on line sono tipicamente quelle: non erogate in azienda e di II livello, quindi, prenotabili internamente.

Ad integrazione occorre dire che l'AUSL di Imola ha anche altre 344 prestazioni prenotabili on-line non contenute in quelle liste (ad esempio il laboratorio analisi, ecc.).

Dematerializzazione delle prescrizioni. Adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata. Invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA. Target: 90%. Presso l'AUSL di Imola i SW che gestiscono la Dematerializzazione delle prescrizioni ambulatoriale sono i seguenti:

1. GSA: SW Ambulatoriale di DATA PROCESSING
2. ONAMB: SW Ambulatoriale CONSULTORIO FAMILIARE di ONIT
3. POLARIS: SW RIS gestione Radiologia ELCO
4. ISESWEB: su cui viene registrato l'erogato direttamente del Laboratorio Analisi di AVEC e alcuni altri residuali SW ambulatoriali (es. Diabetologia, ecc.) di CUP2000.

La situazione relativamente all'invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale è la seguente:

1. GSA non adeguato è già disponibile l'offerta per adeguamento;
2. ONAMB non adeguato siamo in attesa di offerta per adeguamento;

3. POLARIS: adeguamento in corso (entro marzo sarà concluso);
4. ISESWEB: non adeguato, da realizzare insieme AO BO, come da indicazione CUP 2000 l'attività verrà prima pianificata e poi realizzata indicativamente entro settembre 2018.

Per gli applicativi al punto 1 e 2 siamo in fase di valutazione (analisi di fattibilità) per la loro sostituzione in quanto SW molto obsoleti e che necessitano di investimenti per adeguamenti importati quali questi e la completa dematerializzazione del referto, firma digitale e conservazione elettronica.

L'analisi di fattibilità che prevede la valutazione della modalità del riuso del SW Ambulatoriale in uso presso l'AUSL di FE, che oltre ad avere già l'adeguamento per la chiusura ricetta DEMA erogata, presenta altri numerosi vantaggi, sarà conclusa entro il mese di aprile 2018.

Se positivo si procederà alla richiesta di riuso ed ad una gara per l'installazione, supporto all'avvio e manutenzione secondo le norme vigenti, per iniziare l'installazione nell'ultimo trimestre 2018 per finire entro il primo trimestre 2019. Mentre se negativa, sarà dato seguito all'ordine di adeguamento dei SW esistenti per averli implementati entro luglio 2018.

Per la parte Laboratorio Analisi, il ritorno erogato DEMA deve essere gestito (progettato e ordinato) dalla AUSL di Bologna a cui è stato ceduto il ramo d'azienda dal 2016.

Sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA). Rispetto tempistiche definite dalla cabina di regia. Target: 100%. L'AUSL di Imola ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche definite dalla cabina di regia e il pieno supporto professionale necessario.

7.3 Adempimenti nei flussi informativi

Miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2017 l'AUSL di Imola, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, ha contribuito al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso: un'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.

Nel corso del 2017 è stata assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, 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.

8. Valorizzazione del capitale umano

La valorizzazione del “capitale umano” anche nel 2017 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, Benessere organizzativo, sono ambiti di lavoro ed approfondimento, che hanno visto nel 2016 un particolare impegno a livello aziendale e che di seguito si vanno a rendicontare.

8.1 Formazione aziendale

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 Formazione 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 si avvale di una rete di tutors. E’ articolata nei Nuclei Operativi di:

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

Formazione continua. Dal 1 gennaio 2017 l’AUSL di Imola ha adottato l’applicativo regionale WHR-Time - GRU per la gestione di tutti i dati relativi alla formazione. L’AUSL di Imola ha realizzato 306 iniziative formative rivolte al personale dipendente che hanno dato origine a 515 edizioni di cui 494 accreditate; 21 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM.

Iniziative formative realizzate 2017	ECM	Corsi validati	Edizioni	Edizioni Annulate	Edizioni chiuse
Blended (Res + Fad)	SI	3	8		8
Blended (Res + Fsc)	SI	19	37	8	29
FAD E-Learnig	NO	2	2		2
FAD E-Learnig	SI	20	26	2	10
Attività di ricerca	SI	1	1		1
Gruppi di Miglioramento	SI	56	71	10	61
Gruppi di Miglioramento	NO	1	1		1
Traning Individualizzato	NO	1	1		1
Traning Individualizzato	SI	23	138	28	110
Audit clinico e/o assistenziale	SI	2	2		2
Formazione residenziale	SI	165	281	8	273
Formazione residenziale	NO	13	23	6	17
Totale		306	591	62	515

E' stata altresì garantita attività di Provider ECM per eventi formativi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale

dell'Emilia Romagna nonché da Montecatone R.I. Complessivamente sono state realizzate n. 515 edizioni, come rappresentato nella tabella. A questi si aggiungono n. 3 corsi che hanno coinvolto n. 27 cittadini sui temi della sicurezza e delle manovre di rianimazione cardiopolmonare. 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, è migliorato l'indicatore relativo al numero di eventi realizzati sul numero di eventi programmati a PAF che sale al 74,5 % rispetto al 63% dell'anno precedente e superiore al valore pari al 60% atteso a Piano. Sono visibili ancora spazi di miglioramento su cui continuerà l'impegno nel corso del 2018 e che riguarda, ove possibile, la possibilità di incidere sul numero di eventi programmati e non realizzati (n. 62).

Il dato indica come sia migliorata la capacità di pianificazione e di programmazione delle attività formative grazie ad un costante monitoraggio effettuato in sinergia con la Rete. Per quanto attiene al dato relativo al gradimento espresso dai partecipanti agli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, si precisa che le rilevazioni sono state attivate in via sperimentale nel corso dell'ultimo trimestre in quanto la funzionalità dell'applicativo GRU non era ancora pienamente consolidata. I dati quindi, seppur parziali, indicano una valutazione media pari al valore di 2,64 (valore minimo registrato pari a 2,27; valore massimo registrato pari a 2,88).

Le partecipazioni e le ore. Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.195 dipendenti, su un totale di 1.758 (pari al 68%); 176 medici convenzionati. Sono 8.815 le partecipazioni complessivamente processate dal Provider AUSL di Imola nel corso del 2017 di cui con attestato 8.333. Le ore erogate complessivamente risultano essere 6.095, quelle frequentate 65.680.

L'89% di coloro che si iscrivono, terminano il corso e il 95% di coloro che sono presenti al corso maturano i criteri per ricevere l'attestato (ovvero prova di apprendimento superata e monte ore di frequenza maturato secondo i criteri vigenti).

Relativamente al numero di partecipazioni ai corsi organizzati internamente all'azienda, delle diverse famiglie

17 professionali in relazione al numero dei dipendenti in pianta organica, si segnala che tutte hanno avuto accesso alla formazione anche se ovviamente con possibilità diversificata.

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, sull'appropriatezza di utilizzo di questa tipologia di formazione.

Sono complessivamente n. 1.359 (+354 autorizzazioni rispetto al 2016) le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel corso del 2017.

Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base dei protocolli aziendali in essere, sono state complessivamente quindi pari a n. 142.

Sono state altresì registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a n. 2.042 iniziative esterne fruito a titolo personale da parte dei professionisti.

La FAD. L'offerta di pacchetti di formazione FAD a livello Aziendale avviene attraverso due canali: il Consorzio MED3, di cui l'AUSL di Imola è componente, ed il Portale Federato SELF della Regione Emilia Romagna per la P.A. Nel corso del 2017, è continuato il monitoraggio mirato la fruizione da parte dei professionisti dei pacchetti resi disponibili. Buona la percentuale dei professionisti che nel 2017 ha completato il corso FAD di Med3 una volta ottenuto il codice che si attesta al 94% (vs l'84% dell'anno precedente). Sono stati attivate n. 506 partecipazioni (+ 80 rispetto all'anno precedente) che hanno generato una erogazione di crediti ECM pari a n. 6.174 (+ 2.490 rispetto all'anno precedente).

Per quanto attiene al Portale SELF-PA sono state reclutate alla partecipazione al corso "Vigilanza sui dispositivi medici" n. 1.400 dipendenti e risultano aver concluso il corso al 31/12/2017 n. 1.124 soggetti (pari all'80,28% del previsto). Questi risultati sono il frutto di una puntuale operazione di responsabilizzazione effettuata sui singoli fruitori all'utilizzo corretto della risorsa e quando necessario, sulla base dei monitoraggi effettuati, dei solleciti ad personam.

I crediti. A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato per i dipendenti con obbligo ECM è pari a 70.921 (+ n. 14.945 rispetto all'anno precedente) con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a n. 64 ECM per l'Area del Comparto; 43 ECM per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e n. 62 ECM per la Dirigenza SPTA (in aumento rispetto al data medio registrato sul 2016 pari a 47,2 ECM e in eccesso rispetto alle indicazioni fornite ex ante dal Collegio di

Direzione). I dati riportati in tabella fanno riferimento a quanto registrato al 31/03/2018: il dato sulla formazione interna è da ritenersi completo, mentre quello relativo alla formazione esterna accreditata non può essere considerato esaustivo, in quanto si è registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione.

Tipologia di contratto	N.ro Unità	N.ro Crediti registrati	Valore medio credito ECM
Comparto	888	56.955	64
Dirigenza Medica/Vetrinaria	271	11.724	43
Dirigenza SPTA	36	2.242	62
TOTALE	1.195	70.921	

Gli incarichi di docenza e Tutoraggio. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2017 per la realizzazione delle varie iniziative sono, come sintetizzato in tabella, che evidenzia altresì la valorizzazione per questa attività delle competenze già presenti all'interno del sistema sanitario regionale.

Incarichi didattici nell'ambito della Formazione continua	Docenti	Docenti interni
Formazione Residenziale	389	313
Formazione Residenziale Interattiva	272	202
Traning Individualizzato	1	0
Gruppi di Miglioramento	19	19
Audit clinico e/o assistenziale	1	1
FAD con tutoraggio	1	1
Blended (Res + Fad)	69	61
Blended (Res + Fsc)	24	24
Totale	776	621

Sono state erogate n. 7.509 ore di docenza e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione ed erogati 6.984 crediti ECM. Per quanto attiene al dato relativo al gradimento espresso dai partecipanti sul docente degli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, si precisa che le rilevazioni sono state attivate in via sperimentale nel corso dell'ultimo trimestre in quanto la funzionalità dell'applicativo GRU non era ancora pienamente consolidata. I dati quindi, seppur parziali, indicano una valutazione media pari al valore di 2,79 (valore minimo registrato pari a 2; valore massimo registrato pari a 3).

Costi. La Legge 122 del 30 luglio 2010 relativa alle "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", all'art.6 comma 13, ha previsto una pesante decurtazione dei finanziamenti da destinare alla formazione a decorrere dall'anno 2011.

L'applicazione di questo articolo ha comportato un finanziamento per le attività di formazione rivolte al proprio personale pari a circa € 165.951.

Nel corso della riunione del Collegio di Direzione del 24.01.2011 è stato discusso il documento messo a punto dal Gruppo di lavoro "Formazione" per la ripartizione del finanziamento della formazione attraverso la definizione di criteri di pesatura in base al numero dei professionisti, all'area di appartenenza e all'obbligo ECM, ecc. A questo finanziamento si è aggiunto il budget per la Biblioteca Aziendale.

Complessivamente nel 2017, rispetto ai complessivi previsti € 305.000,00 sono stati utilizzati € 224.505,37 a

Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 77.963,60 da Fondi vincolati/Finalizzati, per un totale di € 303.163,00 comprensivo altresì dei costi per la formazione del personale Convenzionato.

Per quanto riguarda l'utilizzo del budget dedicato alla formazione, è stato speso il 74% del budget assegnato (contro l'82,50% dell'anno precedente). Questo molto probabilmente è stato generato da una disponibilità di Fondi vincolati che ha generato una spesa che coincide quasi completamente con il residuo registrato di fondi da budget aziendale stanziato. La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata nella tabella che segue.

Spesa per formazione 2017	Da budget	Fondi Vincolati	Totale
Formazione Interna	€ 76.387	€ 65.350	€ 141.737
Formazione Esterna	€ 40.792	€ 12.614	€ 53.406
Formazione interna personale Convenzionato	€ 694		€ 694
Biblioteca	€ 107.327		€ 107.327
Totale	€ 225.200	€ 77.964	€ 303.164
	€ 303.164		

Formazione interna dei Medici convenzionati. La spesa per la è stata pari a € 694,47. In linea con le indicazioni fornite da Collegio di Direzione la distribuzione delle risorse è stata prevalentemente orientata sulla formazione interna. Sono state realizzate 12 iniziative formative interne dedicate ai Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali.

Funzione Provider. A far data dal Giugno 2012, l'Azienda USL di Imola svolge la Funzione Provider per gli eventi formativi interni promossi da Montecatone R.I. e per alcuni eventi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Sono stati accreditati complessivamente n. 112 eventi.

In data 25 Marzo 2015, la Tecnostruttura Staff Formazione è stata sottoposta a visita di verifica ai fini dell'accreditamento regionale della Funzione di Governo della formazione e Provider ECM dell'Azienda. 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 Azienda USL di Imola.

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale. Nel 2016 è stato ricostituito il gruppo dei Responsabili Formazione AVEC (nota 20.04.2016) che per motivi organizzativi aveva sospeso la propria attività nel corso del secondo semestre 2015. Un criterio condiviso fin dall'inizio è stato quello di superare il modello di pianificazione degli eventi formativi AVEC come un solo aggregato di iniziative proposte e portate avanti da ciascuna Azienda in un programma comune. Perché queste iniziative abbiano un reale valore, dal punto di vista dell'integrazione, occorre che siano integrate già in fase di progettazione, con l'individuazione delle eventuali criticità e priorità e delle necessità formative conseguenti.

È stato applicato e si intende mantenere per il futuro un modello innovativo che consiste nell'invitare al tavolo della formazione i responsabili di specifiche branche e tematiche e condividere con loro la necessità di portare a livello AVEC delle iniziative formative, la cui progettazione sia realizzata di concerto con tutti i colleghi referenti delle altre Aziende. Il modello, che supporta il concetto di una progettazione comune e che rafforza la committenza sulle iniziative formative, è stato sperimentato con successo e gradimento reciproco per l'area della Trasparenza e Anticorruzione e si pensa di estenderlo nel 2017 ad altri temi formativi che riguardano l'appropriatezza prescrittiva, il ruolo e il funzionamento dei Comitati Etici e la valutazione e valorizzazione del personale e delle competenze.

In considerazione della tempistica di attivazione del gruppo, a metà anno, si conviene di stilare un piano di durata almeno biennale che preveda almeno due iniziative, una di carattere amministrativo e l'altra di carattere sanitario, nel 2016, e le altre distribuite nel 2017.

La realizzazione del PAF AVEC 2017 ha visto dunque la realizzazione di 8 eventi su 11 programmati, pari al 73%. In aggiunta a quelli programmati nel PAF AVEC, sono stati realizzati 13 eventi formativi di interesse AVEC o di Area Metropolitana.

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. Sono stati realizzati una serie di eventi che hanno coinvolto le strutture residenziali per anziani e l'ASP sui temi relativi all'area del Rischio clinico, gli aspetti riabilitativi ed assistenziali sul tema dell'alimentazione dell'anziano e sull'integrazione sociosanitaria e sull'area dell'adolescenza. Complessivamente sono state registrate n. 129 partecipazioni che hanno coinvolto Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi.

8.2 Sicurezza del lavoro

Sorveglianza sanitaria e malattie professionali. Nel 2017 i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria sono stati complessivamente 804 di cui 238 visite periodiche; i lavoratori idonei sono risultati 520, mentre 145 hanno prescrizioni o limitazioni, 13 sono temporaneamente non idonei alla mansione e uno permanentemente non idoneo. Nella

sorveglianza sanitaria sono conteggiati anche gli studenti che iniziano il tirocinio in ambito sanitario.

Attività di sorveglianza	2015	2016	2017	Var.	Var %
N° visite effettuate	499	680	804	124	18,2%
N° visite periodiche	226	216	238	22	10,2%
N° viste preventive + visite a richiesta	131	464	363	-101	-21,8%

Andamento del fenomeno infortunistico. Sia gli infortuni che le malattie professionali vengono denunciati on line e per gli infortuni a rischio biologico è stata attivata 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 fornito aghi di sicurezza in alcuni ambiti lavorativi (emergenza) e relativo addestramento, la completa conversione degli aghi e taglienti con aghi di sicurezza è avvenuta durante l'anno 2017. Per la prevenzione del rischio movimentazione paziente sono stati adottati ausili maggiori e minori per la movimentazione. Per la prevenzione del rischio infortunistico in itinere sono stati effettuati nell'anno 2015 e 2017 corsi di guida sicura per tutti gli operatori che utilizzano automezzi.

Sorveglianza sanitaria	2015	2016	2017
Lavoratori assicurati INAIL	1.750	1.746	1.755
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.735	1.730	1.730
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	499	418	804
Lavoratori idonei alla mansione specifica	259	236	520
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	10	33	8
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	10	9	9
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	2	4	13
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	3	1	2
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	83	70	37
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	16	23	15
Infortuni a matrice biologica	33	44	51
Totale infortuni denunciati	132	95	103
Totale di giornate di assenza per infortunio	1.716	1.761	1.274

8.3 Sistema di valutazione individuale della performance

L'AUSL di Imola negli ultimi anni, in attuazione degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR, ha definito un nuovo Sistema di valutazione del personale sia a livello di performance annuale (delibera DG

2/2016) che di valutazione degli incarichi dirigenziali e di posizione organizzative (delibera DG 46/2014).

A completamento del periodo di sperimentazione che ha consentito di testare i nuovi strumenti di valutazione e promuovere la diffusione progressiva di una nuova cultura volta alla qualificazione del sistema di valutazione quale strumento di governo, sviluppo e crescita professionale della risorsa umana, il nuovo sistema è entrato a regime ed è applicato a tutta la dirigenza e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa. L'obiettivo del nuovo impianto, va oltre al puro adempimento normativo ed è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere maggiormente proattivo e di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Il sistema di valutazione del personale introdotto, pertanto, rappresenta il risultato di un lavoro che, nell'arco di un triennio, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, ha permesso di condividere una nuova metodologia di lavoro e di gestione del personale e di portare a regime un sistema complesso senza particolari resistenze e con spirito collaborativo da parte di tutte le componenti aziendali anche di rappresentanza dei lavoratori. Il percorso fin qui effettuato ha comportato un cambiamento culturale che è stato supportato da un metodo di lavoro che permette di proseguire nello sviluppo e crescita del sistema in armonia con nuovi indirizzi regionali in tema di valutazione del personale di cui alla Delibera n. 5/2017 dell'OIV RER.

8.4 Benessere Organizzativo

In questi ultimi anni l'Azienda, sempre in un'ottica di sviluppo della risorsa umana, ha affrontato la tematica del benessere organizzativo. L'attenzione è stata rivolta, pertanto, ad elementi quali la qualità del lavoro, le nuove opportunità di sviluppo professionale, le relazioni interne, la valutazione, ecc. aspetti che, al pari delle tradizionali tecniche e strumenti di gestione del personale, possono, se adeguatamente governati, incidere sulla realizzazione di migliori performance aziendali, oltre ad accrescere il senso di appartenenza e i valori condivisi. Il progetto aziendale sul benessere organizzativo (BO.Lab) ha trovato consenso all'interno dell'Azienda ed è stato oggetto anche di uno specifico finanziamento da parte regionale.

Il progetto ha visto in primis l'effettuazione di una indagine di clima, su mandato regionale, che ha coinvolto tutti i dipartimenti aziendali, con una partecipazione complessiva del 53% dei dipendenti dell'azienda. L'indagine ha fornito una grande quantità di informazioni, sulla scorta delle quali si è proceduto, a livello di singolo dipartimento, ad un successivo approfondimento utilizzando la tecnica del focus group.

A conclusione, sulla base delle ulteriori informazioni raccolte, con la collaborazione dei ricercatori del MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, è stato prodotto un report conclusivo di livello aziendale e di singolo dipartimento, in merito alla percezione del clima organizzativo espresso tramite una serie di item che indagano dimensioni quali: il management, la comunicazione, gli strumenti di valutazione del merito, la formazione e la crescita professionale, la sicurezza del lavoro e le relazioni interpersonali.

Sulla base dei risultati dell'indagine di clima sono stati poi sperimentati alcuni strumenti di intervento con un forte impatto partecipativo e con l'obiettivo di responsabilizzare il personale nei processi di individuazione delle azioni di miglioramento da mettere in campo a livello di singole strutture.

9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza

Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

A seguito delle nuove disposizioni introdotte dal D.Lgs. 97/2016, l'Azienda ha provveduto, con delibera n.160 del 3.11.2016, alla nomina del Responsabile unico della Prevenzione della Corruzione e trasparenza, così come previsto dall'art.1, comma 7, della L. 190/2012 e dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013. Con deliberazione del DG n. 20 del 30.1.2017 è stato adottato il Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e della Trasparenza 2017-2019, conformemente alle disposizioni regionali e ANAC.

Il Responsabile aziendale PCT ha provveduto a predisporre ed inviare all'ANAC in data 19.12.2017 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 nel sito aziendale della "trasparenza amministrativa" delle informazioni e degli atti di interesse pubblico.

Con provvedimento del 15.1.2018 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 236/2017.

Nell'anno 2017, si è proseguito nell'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 attraverso 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) direttamente 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 2017, delle seguenti tematiche:

- Approfondimento in sede AVEC delle funzionalità legate agli obblighi di trasparenza per mezzo del SW unico regionale denominato "GRU" (Gestione Risorse Umane) anche per mezzo di incontri con i Dirigenti ed i Funzionari dei Servizi Unici del Personale delle Aziende appartenenti all'AVEC e dell'AUSL della Romagna.
- Corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione ex art. 1, co. 32 della L. 190/2012.
- 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.

- Approvazione del Regolamento in materia di “accesso civico generalizzato” (FOIA) concordato in sede AVEC per la ricezione, la trattazione e la corretta gestione delle istanze di cui trattasi.
- Acquisizione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza PTA e Sanitaria.

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 2017/19 ai fini della 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, argomento particolarmente valorizzato dai Responsabili PCT che hanno profuso notevoli sforzi ciascuno per le rispettive realtà per consolidare le tematiche della legalità e dell’integrità anche per mezzo di FAD (formazione a distanza).

E’ stato infine consolidato il percorso di confronto e dibattito su diverse tematiche in materia (es. gestione del conflitto di interessi, trasparenza, dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti) con la Direzione “Cura della Persona, Salute e Welfare” della Regione Emilia-Romagna.

Da segnalare, infine, che nel corso del 2017 è proseguito il lavoro del tavolo tecnico del progetto regionale per uniformare le disposizioni contenute nei diversi Codici di Comportamento aziendali finalizzato all’adozione di un Codice di Comportamento Unico per le Aziende del SSR. A seguito dei lavori del tavolo tecnico e del contributo apportato da tutti i RPTC delle Aziende Sanitarie con DGR n. 96 del 29.1.2018 è stato approvato lo Schema tipo di Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. In conclusione si può affermare che, nell’anno 2017, l’Azienda ha corrisposto pienamente agli obiettivi che si era data in tema di anticorruzione e trasparenza.

Adeguamento PTPCT alle nuove disposizioni dell’ANAC e regionali.

Azioni preventive: provvedimenti adottati nel 2017 in settori particolarmente esposti al rischio corruzione

L'ANAC, con le 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 Regione Emilia Romagna con la LR n. 9/2017 ha raccomandato 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:

- Con deliberazione n. 93 del 15.5.2017 è stato adottato il "Regolamento in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito delle strutture sanitarie dell'AUSL di Imola", che ha recepito anche gli indirizzi e le direttive regionali in materia, di cui alla DGR 2309 del 21.12.2016. Tale regolamentazione, consente di razionalizzare l'accesso degli informatori scientifici e stabilisce le modalità di ricevimento, il numero massimo di incontri su base annua, privilegiando gli incontri collegiali, la pubblicità ed evidenzia le giornate e le fasce orarie di ricevimento, l'utilizzo di omogenea reportistica da parte di tutti i Dipartimenti e singole U.O. da trasmettere al RPCT con annotazione specifica di quanto sopra.
- Con deliberazione n. 184 del 20.9.2017 si è approvato il "Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori di valore inferiore a Euro 40.000,00 I.V.A. esclusa", in applicazione del D.Lgs. 50/2016, come modificato dal D.L.gs. 56/2017, nonché delle Linee Guida approvate dall'ANAC con deliberazione n. 1096 del 26.10.2016. La regolamentazione garantisce ulteriormente il rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza e pubblicità, proporzionalità e rotazione dei RUP.
- Con deliberazione n. 210 del 27.10.2017 è stata approvata la "Revisione della procedura di autorizzazione delle Sperimentazioni Cliniche". 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.
- Con deliberazione n. 219 del 31.10.2017 è stata approvata la "Procedura di autorizzazione - organizzazione di eventi convegnistico-congressuali sponsorizzati che utilizzano Provider esterni". Questa procedura, oltre che 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 special 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' prevista anche la costituzione di 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.

10. Area ricerca e didattica

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti. Le Strutture aziendali sono state sede per lo svolgimento di tirocini e stage, realizzati in collaborazione con diverse Scuole ed Enti di Formazione. Sono stati coinvolti n. 121 studenti/tirocinanti in attività di stage presso l'AUSL di Imola, dato in linea con l'andamento registrato l'anno precedente in cui era notevolmente aumentato a seguito dell'estensione del numero di studenti che devono affrontare l'esperienza di alternanza Scuola Lavoro.

Corsi OSS. In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio sanitario (OSS), nel corso del 2017 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 (totale 36 studenti).

In tutte le sopracitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Tutoraggio di Area Sanitaria, la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso propri professionisti dipendenti.

Corsi di Laurea. Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 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) 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 due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

L'offerta formativa presente si è ulteriormente arricchita grazie all'attivazione nell'A.A.2015/2016 del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

Con l'Anno Accademico 2017/2018 si sono registrati n. 476 studenti in carico. La tabella mette in evidenza la distribuzione degli studenti nei diversi Corsi di Laurea presenti.

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2015/2016	N. studenti A.A. 2016/2017	N. studenti A.A. 2017/2018
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	62	60	59
	2°	57	58	50
	3°	85	74	87
Totale		204	192	196
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	20	16
	2°	25	20	18
	3°	32	25	23
Totale		77	65	57
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	38	38	38
	2°	36	36	33
	3°	53	40	43
Totale		127	114	114
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	28	28	19
	2°	25	25	26
	3°	50	45	43
Totale		103	98	88
Corso di Laurea in Scienze della Prevenzione	1°	15	10	15
	2°		15	6
Totale		15	25	21
Totale complessivo		526	494	476

Stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati che vengono evidenziati nella tabella che segue, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	36 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	36 ore/settimana (dipendente M.R.I.)
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	2	12 ore/settimana 24 ore/settimana
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	18 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	12 ore/settimana
Corso di Laurea Magistrale in Scienze della prevenzione delle Professioni sanitarie	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana

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 incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor di Tirocinio) sono stati complessivamente n. 570.

Con DGR 2165/2017 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2017 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 934.091, cifra che include € 108.576,19, riconosciute all' Azienda 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 € 786.879,00.

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. In particolare il Corso di Laurea in Infermieristica è risultato uno degli 11 corsi di studio sorteggiati dall'Ateneo per un Audit da parte di valutatori esterni e questo ha comportato un importante carico di attività per la revisione/aggiornamento/integrazione di tutti i processi e documenti che i requisiti ANVUR richiedono (si è concluso il 6 Marzo 2017).

Ricerca. Importante l'investimento che è stato avviato sul versante della ricerca all'interno dei Corsi di Laurea. In particolare, il corso di Laurea in Infermieristica partecipa invece ad altri 2 progetti di ricerca multicentrica: "Le rappresentazioni/l'immaginario degli studenti del corso di Laurea in Infermieristica: indagine sulle esperienze di tirocinio nei servizi di cure primarie/Unità sanitarie. Confronto tra Brasile e Italia"; partecipa assieme alle altre Università della Regione al progetto di "Definizione dei Learning Outcomes secondo il Modello Tuning del laureato triennale in Infermieristica delle Università presenti nella Regione Emilia Romagna E.R.". Il corso di Laurea ha altresì attivato una ricerca con il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dal titolo "Progetto di ricerca e monitoraggio per la qualità della didattica nel Corso di studi in Infermieristica".

Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel corso del 2017, è stato attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna un corso di Alta Formazione in "Assistenza Infermieristica in Endoscopia digestiva". Con l'Università di Bologna soprattutto anche con la sua sede distaccata di Palazzo Vespignani, per garantire coordinamento anche a livello locale di tutte le attività presenti e promosse: in Marzo è stato gestito l'orientamento in ingresso per gli studenti degli Istituti del Comprensorio ed è stato organizzato un bando per l'assegnazione di premi di merito agli studenti.

Nel 2017 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 corsi 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 2017 presenti n. 46 (+12 unità rispetto al 2016) medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione; generalmente è stato previsto un tutor per ogni specializzando. Si evidenzia altresì l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche nella formazione degli Psicologi.

"Altri" tirocini. Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, con il coinvolgimento complessivo di n. 31 studenti. 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 universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2017 risultano 5 i MMG che hanno esercitato tale ruolo ed hanno accolto complessivamente n. 30 (+6 unità rispetto all'anno 2016) tirocinanti.

11. Area economico-finanziaria

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

L'AUSL di Imola ha chiuso il Bilancio di Esercizio 2017 nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione. Nel corso del 2017 l'Azienda ha effettuato il costante monitoraggio della gestione, sia in via ordinaria trimestralmente che in sede di verifica straordinaria, presentando altresì alla Regione le certificazioni previste dall'art. 6 Intesa Stato-Regione del 23.3.2005 attestanti la coerenza dell'andamento rispetto all'obiettivo assegnato. Per quanto riguarda un puntuale commento in ordine all'attività economico-finanziaria aziendale, si dettaglia di seguito la rendicontazione in ordine al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale, di cui alla DGR 830/2017.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2017 l'AUSL di Imola ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60 gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). I tempi di pagamento sono stati mediamente inferiori di 9 giorni rispetto alla scadenza. L'AUSL di Imola ha provveduto a pubblicare i dati relativi ai debiti e ai pagamenti ai sensi delle disposizioni contenute:

- agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016;
- all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, l'AUSL di Imola ha provveduto ad aderire secondo il calendario programmato con la nota della Regione Emilia Romagna, prot. PG.2014.0457173 del 28/11/2014 che indicava per l'Azienda USL di Imola al 01/01/2018 la data prevista di adesione alla convenzione regionale. Come previsto questa Azienda ha emesso l'ordinativo n. PI067508-17 sul portale Intercent-ER in data 09/10/2017. Il periodo contrattuale di decorrenza del servizio di tesoreria è 01/01/2018 - 31/12/2020.

Attuazione del percorso Attuativo della certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende sanitarie

Con riferimento al contesto di adempimenti relativi all'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci (PAC) l'Azienda ha posto in essere quanto segue:

- Con deliberazione n. 189 del 25.9.2017 ha aderito al Progetto "AUDIT Area Metropolitana di Bologna" ed al relativo gruppo di lavoro, multidisciplinare e sovraziendale, con lo scopo di garantire un approccio organico nella valutazione dei processi amministrativi e attivare un percorso di audit amministrativo-contabile. Il progetto sta proseguendo con sviluppi sul 2018.

- Per quanto riguarda la redazione delle Procedure ai sensi delle LG regionali, l'Azienda ha partecipato ai gruppi di lavoro in Area Metropolitana. A seguito dei lavori dei gruppi, l'Azienda ha predisposto e rese operative nel corso del 2017 le procedure dell'Area Debiti-Costi, dell'Area Crediti-Ricavi e delle Disponibilità Liquide, alcune a carattere aziendale, altre invece di natura interaziendale come da prospetti riepilogativi seguenti:

Procedure aziendali Area DebitiCosti	Esecutivo dal
Acquisto beni di consumo	23-ott17
Acquisto beni a utilità pluriennale	23-ott17
Mobilità passiva	17-ott17
Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate	17-ott17
Oneri a rilievo sanitario, rette e servizi socio sanitari	20-ott17
Assegni, sussidi e contributi	20-ott17
Altri costi per servizi sanitari e non sanitari	23-ott17
Attività libero professionale	19-ott17
Gestione del trattamento economico del personale convenzionato	19-ott17

Procedure interaziendali Area Metropolitana	Esecutivo dal
Gestione del fondo premio operosità specialisti convenzionati interni	23-ott17
Gestione fondo interessi moratori	23-ott17
Gestione altri accantonamenti per fondi rischi ed altri accantonamenti per oneri	23-ott17
Gestione del trattamento economico del personale dipendente	23-ott17
Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente e lavoro autonomo	23-ott17
Gestione del contratto di somministrazione del lavoro interinale	23-ott17

L'Azienda ha altresì effettuato l'aggiornamento dei Regolamenti aziendali ai sensi di quanto previsto dall'Area Requisiti Generali della DGR 150/2015:

- Atto aziendale per la disciplina dell'esercizio della libera professione - deliberazione n. 185 del 20.9.2017 esecutivo dal 1.10.2017.
- Regolamento formazione - deliberazione n. 179 del 14.09.2017 esecutivo dal 1.10.2017.
- Regolamento orario di lavoro e di servizio - area dirigenza - deliberazione n. 180 del 14.9.2017 esecutivo dal 14.9.2017.
- Regolamento missioni - deliberazione n. 172 del 28.8.2017 esecutivo dal 1.9.2017.

- Regolamento per l'acquisizione di beni servizi e lavori di valore inferiore a € 40.000 (iva esclusa) in applicazione al D.Lgs. 50/2016 modificato dal D.Lgs. 56/2017- deliberazione n. 184 del 20.9.2017 esecutivo dal 9.10.2017.

In relazione alle Revisioni Limitate, di cui alla nota regionale prot. PG/2017/44728 del 30.1.2017, si fa riferimento alle note di trasmissione dell'attività effettuata a cura del Collegio Sindacale:

- Nota prot. 16953 del 31.5.2017 Trasmissione Revisione Limitata Disponibilità Liquide e Requisiti generali.
- Nota prot. 22155 del 18.7.2017 Trasmissione Revisione Limitata Crediti e Ricavi.
- Nota prot. 29514 del 28.9.2017 Trasmissione Revisione limitata Debiti e Costi.
- Nota prot. 32719 del 27.10.2017 Trasmissione Revisione limitata Requisiti Generali.

11.2 Governo delle risorse umane

Il Governo delle risorse umane

Il Piano annuale delle assunzioni è stato presentato alla Regione Emilia-Romagna ed è stato approvato con nota del 5.7.2017 prot. n. 20645. Il piano ha tenuto conto delle esigenze organizzative che si sono determinate a seguito dell'applicazione del disposto della L. 161/2014 e ha previsto in esito alla prevista cessazione di 50 dipendenti l'assunzione di:

- n. 19 medici di cui 14 stabilizzazioni.
- n. 3 unità della dirigenza sanitaria di cui 2 stabilizzazioni.
- n. 1 dirigente ruolo tecnico (sociologo) (deroga ad hoc già autorizzata copertura nel 2014).
- n. 43 unità di personale del comparto sanitario e tecnico addetto assistenza (25 infermieri di cui n. 2 stabilizzazioni, 12 OSS, n. 1 personale della prevenzione, n. 5 personale tecnico autisti ambulanza di cui n. 2 da CRI).
- n. 3 comparto tecnico non addetto assistenza e amministrativo per cui si richiede deroga ad hoc (n. 1 collaboratore professionale ingegnere e n. 2 assistenti amministrativi).

Complessivamente una previsione di assunzione di n. 69 unità di cui 2 autisti da CRI, n. 4 deroghe ad hoc e n. 19 stabilizzazioni per un totale netto di n. 44 assunzioni.

A consuntivo le unità cessate sono risultate essere n. 66 e le assunte n. 56 (detratte sempre le unità di cui sopra nella misura di n. 2 autisti Cri, n. 4 deroghe ad hoc e n. 31 stabilizzazioni in luogo delle n. 19 che si prevedevano) per una percentuale inferiore al 90% delle cessazioni.

In merito alle unità del ruolo amministrativo e tecnico non era stata originariamente richiesta copertura a tempo indeterminato relativamente ai servizi oggetto di riorganizzazione (Personale, Contabilità e Finanza ed Economato e Logistica). A fine anno sono state richieste ed autorizzate n. 2 assunzioni per il servizio contabilità e finanza in esito alla cessazione non prevista di altrettante unità amministrative.

Il piano ha previsto, anche, una diminuzione dei contratti di lavoro atipici, che risultavano al 1.1.2017 in numero di 11 (9 dirigenti sanitari e 2 comparto). Alla data del 31.12.2017 il numero dei contratti atipici risulta essere di 8 unità (7 dirigenza sanitaria e 1 comparto).

Per quanto attiene le strutture complesse si precisa che delle 11 strutture complesse vacanti negli ultimi anni solo n. 4 sono state oggetto di richiesta di autorizzazione (Anestesia e rianimazione, Medicina interna, Direzione Distretto, Ortopedia). Ciò è stato possibile in attesa del lavoro in merito da parte della Unità tecnica di missione, anche dall'attivazione di processi di riorganizzazione a livello interaziendale. Nel corso del 2017 si sono attivati processi di integrazione aziendale relativamente alle seguenti Unità Operative:

- Urologia per cui è stata costituita come è noto la Unità operativa interaziendale affidata alla direzione del Direttore della UOC Urologia nonché Direttore del dipartimento chirurgico di Imola;
- Amministrazione del personale dove la AUSL di Imola è stata inserita nel Servizio Unico metropolitano Amministrazione del personale la cui direzione è stata affidata al Direttore UOC Personale dell'AUSL di Imola.

L'Azienda nel 2017 ha proseguito, secondo gli indirizzi regionali, il lavoro di affinamento ed implementazione di nuovi strumenti di gestione nel personale nella convinzione che la gestione e la direzione del personale, in una azienda a forte contenuto professionale, non possa basarsi solo sulle politiche retributive e di carattere giuridico.

Carta di Identità" del personale. Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2017, risultano complessivamente 1.937, registrando rispetto al 2016 un decremento pari a -2 unità.

Tipologia contrattuale	2015	2016	2017	Var ass. 2016 - 2017
Dipendente	1.750	1.746	1.758	12
Convenzionato*	167	169	161	-8
Contratti libero-professionali, co.co.co.	23	24	18	-6
TOTALE	1.940	1.939	1.937	-2

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

Si rappresenta, nella tabella che segue, la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Categorie personale dipendente	2015	2016	2017	Var % 2015-2016
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	272	266	274	3,0%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	59	57	59	3,5%
PERSONALE INFERMIERISTICO	744	765	766	0,1%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	134	121	119	-1,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	223	226	226	0,0%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	176	176	179	1,7%
ALTRO PERSONALE	142	135	135	0,0%
TOTALE	1.750	1.746	1.758	0,7%

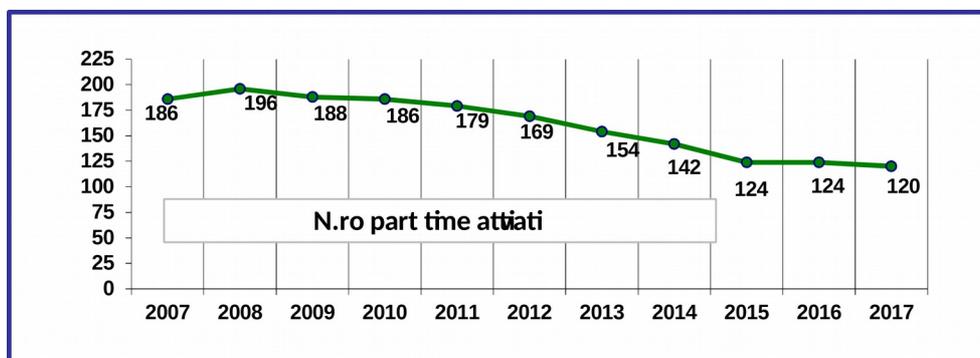
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata (numero basso degli under 35) e una massima concentrazione nelle classi 45-54 (39,8%) e 55-64 (29%). La distribuzione per genere rappresentata nel grafico conferma la netta maggioranza di personale femminile (77,8%).

Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIR. MEDICI E VETERINARI	153	121	24	88	55	101	6	274
DIRIGENTI SPTA	42	17	1	11	18	29		59
PERSONALE INFERMIERISTICO	675	91	140	156	344	125	1	766
PERSONALE TECNICO SANITARIO	81	38	23	22	40	34		119
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	193	33	12	38	96	79	1	226
PERSONALE AMMINISTRATIVO	159	20	1	10	74	93	1	179
ALTRO	64	71	4	9	73	49		135
Totale	1.367	391	205	334	700	510	9	1.758
%	77,8%	22,2%	11,7%	19,0%	39,8%	29,0%	0,5%	100,0%

La tabella che segue rappresenta la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	217	34	21	2	274
DIRIGENTI SPTA	9	14	2	34	59
PERSONALE INFERMIERISTICO	598	145	11	12	766
PERSONALE TECNICO SANITARIO	74	26	17	2	119
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	181	38	1	6	226
PERSONALE AMMINISTRATIVO	28	40	11	100	179
ALTRO	31	9	0	95	135
Totale	1.138	306	63	251	1.758
%	65%	17%	4%	14%	100%

Il Grafico mostra il trend di diminuzione dei part-time negli ultimi dieci anni.



12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico

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

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Piano investimenti. Programma di adeguamento alla normativa antincendio. Per quanto riguarda il programma di adeguamento alla normativa antincendio, di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25/05/2016, l'AUSL di Imola non rientra in tale programma di finanziamento.

Accordo di programma Addendum. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L. 67/88, ed in particolare con l'Accordo di programma Addendum, l'AUSL di Imola, con i tecnici aziendali, ha attivato la progettazione dell'intervento APb20 "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" per un importo di € 900.000,00.

Con la Deliberazione n. 62 del 30 marzo 2017 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnico-economica e con Deliberazione n. 182 del 18 settembre 2017 è stato approvato il Progetto esecutivo. Il Gruppo Tecnico, nella seduta del 3 ottobre 2017, ha valutato positivamente il progetto esecutivo dell'intervento e pertanto è stato ammesso al finanziamento.

Richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati. Per quanto riguarda le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati (Intervento S20) non risultano residui in quanto si è proceduto alla trasmissione delle richieste di liquidazione per un importo pari al 100% del totale residuo.

Gestione del patrimonio immobiliare. Prevenzione incendi. Per quanto riguarda la prevenzione incendi, la programmazione e la realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie, si è provveduto a predisporre le schede previste dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale, per tale attività, e per gli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.

Prevenzione sismica. Per la prevenzione sismica ed il mantenimento delle azioni (già proposte nella DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico delle componenti non strutturali in tutti gli interventi edilizi attuati nel 2017 (nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie) si è provveduto a predisporre le schede previste dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale.

Manutenzione. Per quanto riguarda il monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria, l'AUSL di Imola, nel corso del 2017, nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza, ha partecipato agli incontri organizzati da Intercent-ER per la predisposizione degli

atti della gara comunitaria centralizzata a procedura aperta finalizzata all'affidamento del multiservizio di manutenzione degli immobili delle aziende sanitarie regionali.

Nelle more dell'aggiudicazione della gara Intercent-ER sopra indicata, per l'AUSL di Imola il costo della manutenzione ordinaria nell'anno 2016 si è attestato ad un importo di € 17,36 al mq (nel 2015 era di € 18,07 al mq) rimanendo, pertanto, ad un livello inferiore al costo medio regionale di € 22,17 al mq.

L'Azienda ha fornito la propria collaborazione per l'attivazione del progetto promosso da AGENAS relativamente al "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN".

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale. Uso razionale dell'energia. Poiché ad Agosto 2014 l'Agenzia delle Dogane ha riconosciuto anche 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 2017 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. 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, tra le quali:

- mantenimento dei sistemi di rifasamento nelle cabine elettriche degli immobili aziendali con fattore di potenza superiore a 0,95 (Cos fi) per ridurre le perdite di rete per effetto joule;
- sostituzione di tubazioni del teleriscaldamento del Presidio Sanitario Città di Imola e di tubazioni della climatizzazione estiva al Polo Sanitario di Medicina con altre adeguatamente isolate in conformità alle norme in vigore, allo scopo di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici;
- sostituzione di 32 termoconvettori con radiatori in acciaio dotati di valvola termostatica per la sede della Medicina riabilitativa oltre alla sostituzione di macchine " pompa di calore" a fine vita, con altre a COP migliorato;
- sostituzione di 8 unità esterne dell'impianto VRF (a portata gas variabile) con altre aventi miglior rendimento energetico (COP) presso il Presidio Sanitario Città di Imola;
- 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; tra i più rilevanti realizzati nel 2017 si

annovera quelli attuati presso: il porticato Ospedale Vecchio di Imola illuminato a led e quello degli spazi comuni del Reparto al 6 Piano Ospedale 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 "lo 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.

Acquisto di beni e servizi. Per quanto riguarda la corretta gestione ambientale in termini di acquisto di beni e servizi l'AUSL di Imola ha in corso l'adesione alla Convenzione "Verde" Consip denominata "Facility Management 3" con la quale effettua la manutenzione periodica degli edifici della Azienda, nonché l'adesione ad altre convenzioni Intercent-ER "Verdi" in particolare, per quanto riguarda la fornitura di Energia Elettrica.

Mobilità sostenibile. In seguito alla redazione del Piano di Spostamento Casa-Lavoro nel 2016 sono state adottate azioni volte ad incentivare la mobilità attiva e sostenibile dei dipendenti tramite la realizzazione di alcune aree di sosta custodite, ad accesso riservato, per lo stazionamento delle biciclette dei dipendenti. Inoltre in collaborazione con Area Blu S.p.A. è stata realizzata una postazione Bike Sharing presso l'ingresso pedonale dell'Ospedale "Santa Maria della Scaletta" di Imola ed è stata implementata, in accordo con il Comune di Imola, la pista ciclo pedonale per migliorare una mobilità ecosostenibile da e verso l'Ospedale di Imola. L'AUSL di Imola ha predisposto un'indagine on-line relativamente agli spostamenti casa-lavoro dei propri dipendenti al fine di elaborare ed attuare una mobilità sostenibile. Dalla verifica della sopraccitata indagine è emerso che i dipendenti hanno espresso attenzione all'utilizzo del mezzo pubblico, qualora facilitato tramite l'acquisizione di abbonamenti a condizioni economiche più favorevoli. Pertanto l'Azienda ha deliberato la sottoscrizione di una convenzione, per l'acquisizione a migliori condizioni economiche di abbonamenti personali annuali, con TPER (Trasporto Passeggeri Emilia-Romagna) al fine di favorire l'uso da parte dei dipendenti del trasporto pubblico. Si è provveduto alla predisposizione delle schede previste dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale.

Gestione dei rifiuti sanitari. Le attività di controllo della produzione di rifiuti condotte nel corso del 2017 hanno riguardato:

- il 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;
- azioni di controlli pianificati dai coordinatori con segnalazione delle azioni correttive;
- il costante monitoraggio 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.

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 competente servizio di Ingegneria Clinica, l'invio del flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche, secondo la tempistica che segue.

Tecnologie biomediche. Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato, nel rispetto delle scadenze prestabilite e richieste dalla regione

Tecnologie biomediche. Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie, secondo scadenze stabilite da decreto.

Tecnologie biomediche. L'AUSL di Imola nel corso del 2017 non ha acquistato tecnologie da sottoporre al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB).

Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.

- Monitoraggio utilizzo TAC, Risonanze Magnetiche e mammografi - attività 2016: richiesto dalla Regione Emilia Romagna in data 30/03/2017 e con scadenza al 28/04/2017 ed inviato in data 28/04/2017 con mail.
- Monitoraggio utilizzo Robot Chirurgici: Non presenti presso AUSL IMOLA.

Si riportano di seguito gli interventi relativi ai fabbricati, alle attrezzature sanitarie, alle attrezzature informatiche e altri beni mobili secondo la programmazione definita con il **Piano investimenti aziendale 2017** 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. In particolare, si riportano gli interventi relativi ai fabbricati, alle attrezzature sanitarie, alle attrezzature informatiche e altri beni mobili per livello di assistenza: Assistenza ospedaliera, Assistenza territoriale e Prevenzione. Si riporta, infine, la tabella degli investimenti complessivi realizzati nel 2017.

FABBRICATI

Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art. 20 Legge 67/88 - 2° stralcio - IV fase)

Assistenza Ospedaliera. A marzo del 2015 è iniziato il 1° stralcio dell'intervento di "Manutenzione straordinaria per reparto di geriatria e lungodegenza Ospedale di Imola" (Intervento AP 47) che prevedeva di intervenire su una superficie complessiva di 3.000 mq. L'intervento, completato ad agosto 2017, è stato realizzato in 2 stralci funzionali per un importo complessivo di € 3.106.135,39. L'importo realizzato nel corso dell'anno 2017 a conclusione dell'intervento ammonta a € 157.916,98.

Assistenza Territoriale. Sono stati completati a febbraio 2017 i lavori complementari di manutenzione straordinaria del cunicolo tecnologico nell'ambito dell'intervento di "Realizzazione della Casa della Salute presso il Polo Sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" (intervento AP 48 Programma investimenti straordinari in Sanità, ex art. 20 Legge 67/88 - 2° stralcio - IV fase) ad esaurimento dell'importo complessivo previsto dal quadro economico di € 571.409,89. L'importo realizzato nel corso dell'anno 2017 a conclusione dell'intervento ammonta a € 13.724,11. Ad ottobre 2017 è stata ottenuta l'ammissione al finanziamento dell' "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" - Intervento APb.20 - addendum, che prevede l'acquisto di attrezzature per le sale operatorie dell'Ospedale di Imola e i lavori per l'adeguamento antincendio (in ottemperanza alla scadenza prevista dalla normativa antincendio per l'adeguamento delle strutture sanitarie) per l'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme per un importo totale di € 900.000.

Interventi realizzati con risorse regionali ex art. 36 L.R. 38/2002. Assistenza Ospedaliera. A seguito del completamento della progettazione preliminare e definitiva dell'Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3) sono in corso le verifiche preliminari archeologiche e belliche nell'area oggetto di intervento. L'importo previsto per l'Ampliamento dell'ospedale, da quadro economico, è di € 7.000.000 così finanziati per € 3.500.000 dalla Regione e per € 3.500.000 con la permuta dell'immobile del Silvio Alvisi. Il comune di Imola, con delibera del Consiglio Comunale n. 184 del 21 dicembre 2017, ha adottato il Piano Operativo Comunale 2017-2022 nel quale è stato inserito l'ambito AR.14 Silvio Alvisi che valorizzerà l'area oggetto di permuta. Il 17 febbraio 2017 sono stati completati i lavori per "l'Intervento di manutenzione straordinaria- Int.S20", per un importo di quadro economico di € 450.726 euro, che comprendevano la sostituzione di due ascensori dell'Ospedale di Imola (impianti n. 18 e 19) per un importo di € 110.787,36.

Assistenza Territoriale. Nel corso del 2016 sono iniziati i lavori dell'intervento di "Manutenzione straordinaria Pad.5 del presidio Lolli a seguito di danni causati da un incendio" per un importo complessivo dell'intervento di € 259.726,00, di cui € 169.726,00 con fondi da risarcimento assicurativo e per la rimanente parte con fondi da Risorse Regionali (Intervento S20). La conclusione dell'intervento, che si è reso necessario per mettere in sicurezza l'edificio e renderlo funzionale alle attività della Casa della salute di Imola in corso di progettazione, è avvenuta a febbraio 2017. L'importo realizzato nel corso dell'anno 2017 a conclusione dell'intervento ammonta a € 48.166,54.

Interventi realizzati con Mutuo. A settembre 2017 è stata aggiudicata la gara di appalto per l'intervento di "Adeguamento Data-Center" dell'AUSL di Imola avente un importo complessivo di € 400.000. I lavori, che si concluderanno entro il 2018, sono iniziati nel 2017 per un importo pari a Euro 62.700,92.

Interventi realizzati con Contributi in Conto esercizio. Realizzazione, mediante fornitura e installazione, di impianti di disinfezione reti idriche dalla legionella mediante clorammine per l’Ospedale di Imola” ha comportato una spesa di € 46.873,12. Installazione di piccoli impianti di dosaggio disinfettanti scarico reti Ospedale civile e installazione di consolle da banco presso Reparto di Day Surgery per una spesa complessiva di € 2.191,12.

Interventi realizzati con Fondi da Progetti da Privati e RER. Realizzazione implementazione impianti WI-FI a servizio dei presidi aziendali: al fine del completamento della cartella clinica integrata, la gestione della prescrizione e somministrazione farmaci nei reparti ospedalieri, accesso internet da sistemi portatili della Direzione Medica dell’Ospedale e del Dipartimento di Sanità Pubblica per una spesa di € 24.921,40.

Strutture polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione. A seguito della progettazione (della quale sono stati affidati studi tecnici per € 2.783,70) e della conseguente domanda di sostegno inoltrata ad aprile 2017 per l’Operazione 7.4.01 “Strutture Polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione”, a settembre 2017 è stato concesso il finanziamento per la “Realizzazione della Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno” per un quadro economico di € 326.000,00. A novembre 2017 è stata avviata la procedura di gara, a marzo 2018 inizieranno i lavori che si concluderanno entro lo stesso anno.

Interventi realizzati con contributi da alienazioni. Nel 2017 sono stati affidati i lavori di “Manutenzione straordinaria Polo Sanitario Medicina” per un importo di € 67.602,43 che prevedevano il rifacimento di alcuni impianti idrotermosanitari dell’immobile. Il lavori si sono conclusi ad ottobre 2017.

TECNOLOGIE SANITARIE. Assistenza Ospedaliera: in particolare le acquisizioni sono state necessarie per:

- attuare il “turnover” di Tecnologie Sanitarie ad elevata obsolescenza (oltre 10 anni) per le quali non è possibile garantire né la funzionalità nel tempo mediante manutenzione ordinaria, per effetto della mancata disponibilità di parti di ricambio, né l’efficacia in termini di prestazioni qualitative/funzionali rispetto a nuove tecnologie analoghe;
- garantire l’attivazione di nuove attività o la riorganizzazione delle stesse;
- dotarsi di nuove tecnologie, anche innovative, necessarie per il miglioramento dell’efficienza e dell’efficacia dei processi diagnostico/terapeutici aziendali.

Tra le apparecchiature più rilevanti acquisite, si menzionano:

- Acquisizione di 1 Nuovo Videocolonscopi HD in sostituzione di strumento “standard” soggetto ad elevata usura per il miglioramento della diagnostica gastroenterologica (importo complessivo di circa € 28.000).
- Il completamento della sostituzione dei Defibrillatori manuali del presidio ospedaliero in quanto obsoleti e non più supportati dalla assistenza tecnica per un importo di circa € 51.000.

- La sostituzione dei tavoli operatori molto obsoleti per la Chirurgia Oculistica per un importo di circa € 42.000.
- L'acquisizione di un OCT per garantire misure di qualità sulle cornee preparate dalla Banca delle cornee per un miglioramento della qualità delle cornee e dei controlli associati per un importo di € 39.400 nel il 2017 e per la restante parte nel 2018.
- La donazione di un Tatuatore per la Brest Unit per garantire alle donne operate di mastoplastica di ricostruire il capezzolo a seguito dell'impianto protesico della mammella.
- La donazione di tre nuovi ecografi: uno per Radiologia di fascia alta per la diagnostica ecografica avanzata, uno per la Medicina A di fascia alta per la diagnostica ecografica e ecodoppler avanzata e uno per la gastroenterologia di fascia alta per la diagnostica ecografica avanzata effettuata anche con mezzi di contrasto e con il modulo di elastosonografia epatica (fibrosan) per la valutazione elasticità epatica per pazienti con epatite c (per un importo complessivo di € 120.000).

Assistenza Territoriale. In particolare:

- Acquisizioni e messa in funzione di tecnologie indispensabili per pazienti domiciliari quali microinfusori, apparecchi per AREOSOL-Terapia o per la tosse.
- Importate Acquisizione di personalizzazioni ed aggiornamenti informatici per il programma gestionale Arianna ADI e Arianna Ambulatori per l'assistenza infermieristica territoriale, al fine di garantire un maggior supporto informativo al personale infermieristico.

TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE. Assistenza Ospedaliera: nell'ambito dell'infrastruttura di rete sono stati fatti degli importanti aggiornamenti per un importo di circa € 54.000 per la sostituzione di alcuni Switchs di nodo dell'Ospedale molto obsoleti necessari per garantire una adeguata sicurezza di funzionamento e di prestazioni. Sono stati spesi complessivamente circa € 44.000 per l'acquisto di nuovi PC fissi e portatili per sostituirne altri obsoleti con SO Windows XP e HW generici quali stampanti, lettori codici a barre, in sostituzione di equivalenti obsoleti.

Per quanto riguarda le implementazioni software sono proseguite le attività iniziate negli anni precedenti e sono state attivate nuove funzionalità, come di seguito riportato, con un investimento di circa € 390.000.

- L'implementazione di sviluppo di strumenti di *Datawarehouse e Business Intelligence* per l'analisi dei dati di attività per la nuova SDO 2017.
- Sviluppi per il miglioramento del nuovo SW di Pronto Soccorso avviato a maggio 2017.
- Aggiornamento del nuovo SW di Sala Operatoria e adeguamento dei dati SOSNET e SICHER secondo le nuove linee guida regionali del 2017 ed relativo flusso estrattore.
- Adeguamenti e miglioramenti SW Liste di Attesa e adeguamenti per il nuovo flusso SIGLA 2.0.
- Miglioramenti SW per la gestione della Dematerializzazione del ciclo passivo (Ordini e DDT).
- Sviluppi Personalizzazioni integrazione ARA in comune con AUSL FERRARA e AUSL PARMA.

- Quota 2017 da fondi regionali nuovo SW GRU di gestione delle risorse Umane Regionali avviato 01/01/2017.
- Quota 2017 da fondi regionali avvio del nuovo SW GAAC di gestione Amministrativo contabile Regionale.
- Nuovi aggiornamenti di miglioramento del progetto BABEL di AVEC per la nuova Gestione Documentale Aziendale (protocollo, determine e delibere).

Assistenza Territoriale e Prevenzione. Gli investimenti principali eseguiti sul territorio hanno riguardato:

- L'implementazione di sviluppo di strumenti di datawarehouse e Business Intelligence per l'analisi dei dati di attività del territorio (Vedi voce complessiva Ospedaliera).
- Sostituzione di HW obsoleto.

Gli investimenti principali eseguiti sulla prevenzione hanno riguardato in particolare:

- Adeguamento del SW Vaccinazioni (sia adulti che pediatriche) per le nuove normative prima regionali e poi ministeriali l'obbligo vaccinale e lo sviluppo per l'invio del certificato vaccinale al FSE.
- Sostituzione di HW obsoleto con fondi da progetto del dipartimento e non.

ALTRI BENI MOBILI. Assistenza Ospedaliera: gli investimenti in altri beni mobili per l'anno 2017 ammontano a €. 328.894,54 di cui: € 70.353,05 finanziati con contributi in conto esercizio, € 18.942,97 con Mutuo, € 14.715,30 con fondi da progetto, € 222.049,50 con fondi da progetto ex art. 20, € 2.833,72 da donazioni in natura. Gli investimenti più rilevanti riguardano: Arredi per i nuovi reparti di geriatria e lungodegenza di Imola per l'ammontare di € 222.049,50 (fondi da progetto ex art. 20), l'automezzo per il polo formativo per l'ammontare di € 14.232,65 (fondi da progetto) ed € 22.509,00 per gli allestimenti di coibentazione di tre automezzi (contributi in conto esercizio) adibiti al trasporto sangue , € 26.747,28 (contributi in conto esercizio) per la sostituzione di carrelli terapia per i vari reparti dell'OCN.

Assistenza Territoriale. Gli investimenti in altri beni mobili effettuati nel 2017 ammontano a € 67.990,07 di cui: € 1395,39 finanziati con Mutuo, € 4.151,80 con fondi da progetto, € 1.150,00 da donazioni in natura, € 594,48 finanziati con fondi da contributi ex articolo 20, € 60.698,40 con contributi in conto esercizio. Tra gli investimenti effettuati i più rilevanti riguardano: acquisto di automezzi per un complessivo di € 59.557 (contributi in conto esercizio) per il nucleo cure primarie (attività domiciliare), € 3.887,91 (fondi da progetti) per l'acquisto di varie attrezzature per la neuropsichiatria infantile.

CONSUNTIVO INVESTIMENTI 2017

Descrizione intervento	Conto	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	Finanziamenti da contributi in c/ esercizio	Mutuo DRG 144	Totale
"Intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungo degenza Ospedale di Imola" Intervento AP 47 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	AA2201		157.916,98				157.916,98
"Realizzazione della Casa della salute presso polo sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" Intervento AP 48 (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio)	AA2201		13.724,11				13.724,11
Lavori di manutenzione a seguito incendio del Pad.5 Lollì (Intervento S20)	AA2201		48.166,54				48.166,54
Lavori di adeguamento dei data center dell'Ausl di Imola	AA2302					62.700,92	62.700,92
Realizzazione Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno	AA2201			2783,70			2.783,70
Piccoli impianti di dosaggio disinfettanti scarico e display consolle da bando	AA2302				2.191,12		2.191,12
Fornitura e installazione impianti di disinfezione reti idriche della legionella mediante clorammine	AA2302				46.873,12		46.873,12
Implementazione impianti VI-FI per gestione cartella clinica integrata	AA2302			24.921,40			24.921,40
Manutenzione straordinaria Polo Sanitario Medicina	AA2201	67602,43					67.602,43
Tecnologie sanitarie	AA2401	151447,2	10034,5	102.396,47	149.844,69	56.301,44	470.024,30
Software	AA1302			152.413,67	202.784,27	35.453,69	390.651,63
Arredi - economici - offline - cucine - lavanderia	AA2501	3983,72	222643,98	4.634,45	48.985,43	9.156,59	289.404,17
Autorezzi	AA2601			14.232,65	22.509,00	11.434,63	48.176,28
Hardware	AA2706	346,99	66410,34	5.300,90	19.313,76	10.062,56	101.434,55
Autorezzi	AA2601				59.557,02		59.557,02
TOTALE		223.380,34	518.896,45	306.683,24	552.058,41	185.109,83	1.786.128,27

13. Indicatori di risultato e valutazione della performance

13.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale

A conclusione si riportano i risultati conseguiti nell'anno 2017 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 al precedente Capitolo 2, si articola il Piano Performance.

InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna, piattaforma collegata alle banche dati esistenti, riporta gli indicatori monitorati nel **Piano Performance Aziendale 2016-2018**.

Di seguito vengono riportati i risultati 2017 per ogni singolo indicatore e il suo posizionamento rispetto al target atteso. Ogni singolo indicatore, in base al risultato rilevato nel 2017, è stato classificato in base ad un codice colore indicante il grado di raggiungimento rispetto al target. Nella tabella che segue (colonna codice indicatore), viene riportata la legenda della scala colori rappresentata.

Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Indicatori di osservazione
	Dato non disponibile

UTENTE

Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	140,28	137,97	da 145 a 160 (< 145)	<=Anno 2015	139,3	134,48	Mantenimento (Flusso SDO)
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	88,32	94,42	da 90 a 95 (> 95)	>=Anno 2015	91,68	97,05	Mantenimento (Flusso MAPS2)
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	87,77	96,17	da 90 a 95 (> 95)	>= 95	97,13	98,31	(Flusso MAPS2)
244	% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	78,92	76,13	da 40 a 50 (> 50)	>=Anno 2015	68,88	64,41	Mantenimento (Flusso Hospice)
228	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,67	10,28	da 7 a 15 (< 7)	<= 7	9,84	10,22	(Flusso SISMA)
105	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	56,02	55,61			46,04	67,87	(Flusso PS)
107	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,11	57,4			52,38	60,96	(Flusso PS)
410	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	394,85	396,04			381,23	381,94	(Flusso PS)

Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale	Range Regionale	Risultato Aziendale	Risultato Aziendale	Risultato Regionale	Note / Fonte Dati
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI	4,84	3,92	da 1,8 a 3 (> 3)	>=Anno 2015	4,39	4,14	Mantenimento (Flusso ADI)
323	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x	20,4	31,63	da 25 a 30	<=Anno 2015	25,75	22,36	Mantenimento
240	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	59,56	56,42	da 65 a 85 (> 85)	da 65 a 85	60,93	65,24	(Flussi REM, ADI e Hospice)
246	% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	17,84	16,77	da 12,5 a 25 (< 25)	<=Anno 2015	22,96	18,03	Mantenimento (Flusso Hospice)
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	217,96	183,56	da 200 a 250 (> 250)	>= 250	186,51	194,03	(Flusso ADI)
683	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e	172,29	136,51	da 100 a 141 (< 100)	<= 180	158,83	126,63	(Flusso SDO)
686	Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo	308,14	300,57	da 309 a 409 (< 309)	<= 309	313,22	415,31	(Flusso SDO)

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Risultato Aziendale 2017	Risultato Aziendale 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati	
389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,11	6,47	<= Anno 2016	13,37	9,06	(Flusso SDO)	
390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	11,89	16,47	>Anno 2016	15,51	43,18	(Flusso SDO)	
391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	15,56	14,39	<Anno 2016	13,84	12,68	(Flusso SDO)	
393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	7,19	8,87	<= Anno 2015	12,99	10,66	(Flusso SDO)	
395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10,88	12,64	<Anno 2016	9,06	9,99	(Flusso SDO)	
271	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	58,73	69,39	>Anno 2016	57,14	80,73	(Flusso SDO)	
396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 100	Il dato relativo all'AUSL di Imola non comprende l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna.						(Flusso SDO)
397	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 100	0	0		100	81,55	(Flusso SDO)	
398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	7,58	17,57	<Anno 2016	10,98	6,11	(Flusso SDO)	
400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0	0	= Anno 2015	0	4,74	(Flusso SDO)	
401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,44	8	<= Anno 2015	4,17	4,35	(Flusso SDO)	

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Risultato Aziendale 2017	Risultato Aziendale 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
-----	------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------

494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,3	21,03	<Anno 2015	20,67	18,01	(Flusso SDO)
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,8	0,88	<= Anno2015	1,34	0,9	(Flusso SDO)
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,7	0,85	<= Anno 2015	0,33	0,98	(Flusso SDO)
441	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	91,28	84,15	>= Anno 2015	90,77	72,8	(Flusso SDO)
404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3		3	2	(Flusso SDO)

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,31	3,85	da 2 a 3 (< 2)	da 2 a 3	0	0	(Flusso SDO)
301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,26	0,47	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	da -1,2 a -0,55	0,15	-0,34	(Flusso SDO)
302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,18	0,1	da -1,2 a -0,55 (< -1,2)	da -1,2 a -0,55	0,21	-0,52	(Flusso SDO)
303	Degenza media pre-operatoria	1,25	1,11	da -0,85 a 1 (< -0,85)	da -0,85 a 1	0,95	0,73	(Flusso SDO)
409	Volume di accessi in PS	54.023	54.088			51.537	1.891.003	(Flusso PS)
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	8.766	8.655			9.489	359.943	(Flusso SDO)
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.589	4.457			4.300	256.848	(Flusso SDO)
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.139	2.111			1.366	38.898	(Flusso SDO)
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.476	1.374			1.222	84.951	(Flusso SDO)

Produzione-Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti -	21,37	21,13	da 10,82 a 14 (> 14)	>= Anno 2015	20,91	20,57	Mantenimento (Flusso SISM)
225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	59,76	63,97	da 5 a 6 (> 6)	>= Anno 2015	70,17	78,62	Mantenimento (Flusso SINPIAFR)
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	161.354	157.320			163.369	6.839.955	(Flusso ASA)
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	142.967	146.292			149.674	6.519.422	(Flusso ASA)
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.197.654	1.041.427			1.178.946	46.157.827	(Flusso ASA)

Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	43,7	43,9	da 50 a 60 (> 60)	da 50 a 60	42,5	49,1	(Indagine PASSI)
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	18,5	19	da 30 a 35 (> 35)	da 25 a 35	20,1	35,1	(Indagine PASSI)
164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	65,12	65,62	da 60 a 70 (> 70)	>= 70	64,86	75,65	(Osservatorio Nazionale Screening)
170	% di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	53,54	47,24	da 50 a 60 (> 60)	>= 60	48,82	49,03	Osservatorio Nazionale Screening)
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	55,23	53,39	da 75 a 90 (> 90)	da 75 a 90	56,14	53,25	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,12	94,07	da 95 a 98 (> 98)	>= 98	96,39	94,03	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,71	8,75	da 8 a 9 (> 9)	>= 2015	9,36	9,79	Mantenimento (Sistema Informativo)
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	93,05	92,18	da 90 a 95 (> 95)	>= 95	99,09	100	(BD Nazionale aziende zootecniche (BDN), Sistema Regionale SEER, Sistema

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,92	9,67			10,84	10,06	(Flusso SDO)
133	Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	3,31	2,51			4,59	3,91	(Flusso SDO)
135	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con	2,62	1,88			2,27	1,90	(Flusso SDO)
421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1	9,09	0			0	43,54	(Flusso SDO)
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,24	49,42	da 55 a 60 (> 60)	>= 60	46,94	49,65	(Flusso SDO)
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	9	7,92	da 5,1 a 7,5 (< 5,1)	<= 5,1	8,69	6,86	(Flusso ASA)
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,36	2,2	da 4 a 7 (< 4)	<= Anno 2015	1,95	2,17	Mantenimento (Flusso SDO)
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	129,82	122,05	da 75 a 90 (< 75)	da 90 a 105	31	33,49	(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	0,20	0,21	da 0,1 a 0,21 (< 0,1)	<= 0,1	0,22	0,21	(Flusso SDO)

Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale	Range Regionale	Risultato Aziendale	Risultato Aziendale	Risultato Regionale	Note / Fonte Dati
-----	------------	------------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------------

		2015	2016	(Valore Target)	atteso 2017	osservato 2017	2017	
385	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	8,5	8,7	da 6 a 8 (> 8)	>= Anno 2015	L'indicatore è stato eliminato dalla Regione in quanto ritenuto troppo complesso e scarsamente		Mantenimento (Flussi SDO, ASA, FED,

Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,52	100	da 85 a 95 (> 95)	>= Anno 2015	100	98,75	Mantenimento (Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento
406	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	41,68	42,93		>= Anno 2015	49,34	45,75	
407	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	26,26	32,89		>= Anno 2015	27,51	37,96	

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	Note / Fonte Dati
614	Costo pro capite totale	1.791	< Anno 2015	1.801,33	1.749,70	(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	53,22	< Anno 2015	52,69	52,97	
616	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.058,06	< Anno 2015	1.072,17	1.044,21	
615	Costo pro capite assistenza ospedaliera	674,34	< Anno 2015	671,91	652,52	

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	91,97	92,99	da 80 a 95 (> 95)	>= 95	92,51	97,48	(Flussi DiMe e Piano dei conti)
536	% di consumo di molecole non coperte da ...	78,62	78,72	da 81 a 83	era un indicatore di osservazione	82,58	83,65	(Flusso AFT)
697	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	172,44	173,88	da 155 a 165 (< 155)	<= 155	175,46	164,77	(Flussi AFT e FED)
138	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	259,51	289,22			117,40	143,39	(Flussi AFO e SDO)
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17	-14			-9	-	

13.2 Considerazioni sui risultati della performance

La tabella riportante gli indicatori InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna mostra per l'AUSL di Imola il miglioramento e il mantenimento di diversi indicatori monitorati secondo il Piano Performance 2016-2018. In riferimento ai risultati si riporta, per Dimensioni/Aree, un commento relativo all'andamento specifico 2017. Come già detto, nella piattaforma InSiDER, ogni singolo indicatore del Piano sulla Performance viene rappresentato, in base al risultato osservato 2017, da un codice colore corrispondente ad un giudizio sul raggiungimento. La legenda che segue, in correlazione alla scala colori, riporta i giudizi corrispondenti ed utilizzati nella per classificare il risultato ottenuto.

Legenda performance

	Pessima
	Scarsa
	Media
	Buona
	Ottima
	Indicatori di osservazione
	Dato non disponibile

DIMENSIONE UTENTE

Area: Accesso e domanda

Gli indicatori di questa area, in riferimento ai risultati 2017, mostrano continuità e tenuta rispetto al 2016 e sono pertanto classificati in ambito di "Ottima" e "Buona" performance. Esprimono una performance "Ottima" gli indicatori relativi a: Tasso di ospedalizzazione, tempi di attesa ex ante primi accessi per esami diagnostici (target entro 60 giorni) e Tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice > di 3 giorni. Si rileva una "Buona" performance per gli indicatori relativi a: Tempi di attesa ex ante primi accessi per visite prospettate in sede di prenotazione (target entro 30 giorni) e Tempo medio di tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale.

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. Si tratta di indicatori relativi all'attività di Pronto Soccorso: % pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti e % pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora, rispetto ai quali l'AUSL di Imola registra una diminuzione rispetto ai valori del 2016 e rispetto al dato medio regionale. Per quanto riguarda invece il Tasso di accessi in PS per 1.000 abitanti il valore aziendale risulta in linea con quello regionale (AUSL Imola 381,23 vs RER 381,94).

Area: Integrazione

"Ottima" risulta la performance relativa alla % di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI, in ulteriore miglioramento ed in linea con il dato regionale. Per quanto riguarda il Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare ≥ 75 anni per 1.000 abitanti, la performance risulta "Media" con un

andamento che a partire dal 2015 mostra una flessione e risulta inferiore al dato regionale (AUSL Imola 186,51 vs RER 194,03).

In riferimento agli indicatori sui Tassi standardizzati di ospedalizzazione, si confermano nel range di una "Buona" performance l'indicatore relativo ai TSO per 100.000 residenti e quello per Complicanze del diabete (a breve e lungo termine) BPCO e scompenso cardiaco per 100.000 residenti maggiorenni.

Il Tasso standardizzato di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti, passa da una performance "Scarsa" nel 2015 ad un valore 2016 entro il range regionale, per poi attestarsi nel 2017 fuori range con una performance "Media".

L'indicatore % di ricoveri in Hospice con periodo ≥ 30 giorni rimane in ambito di "Buona" performance pur registrando un aumento nel 2017 che lo discosta dal dato regionale (AUSL Imola 22,96 vs RER 18,03) rispetto al quale negli anni precedenti si posizionava con una performance migliore.

L'indicatore "Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti" mostra un trend in miglioramento in particolare rispetto al 2016 (56,42 vs 60,93 del 2017) pur rimanendo in ambito "Medio" (RER 65,24).

ESITI

Gli indicatori di Esito selezionati nel sito sono quelli contenuti nel DM del 21 Giugno 2016. 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 di riferimento regionale definito per gli indicatori di questa area, l'AUSL di Imola si è impegnata con il Piano della Performance 2016 - 2018 a definire comunque un valore atteso per ogni anno di riferimento. Il commento sull'andamento di questi indicatori si riferisce quindi al risultato atteso aziendale 2017.

In riferimento agli indicatori di Mortalità a 30 giorni si osserva: per lo Scompenso cardiaco congestizio un esito 2017 in lieve diminuzione come atteso e maggiormente in linea con il dato regionale (AUSL Imola 13,84 vs RER 12,68); per l'Ictus ischemico l'esito 2017 non registra una diminuzione, come attesa, ma un incremento (2017: 12,99 - 2016: 8,87) che lo porta a superare il dato regionale (10,66); per la BPCO riacutizzata l'esito rispetto al 2016 è in netto miglioramento (2017: 9,06 - 2016: 12,64) in linea e migliore del dato regionale (9,99).

Anche la Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per TM al colon registra un netto miglioramento rispetto al dato 2016, portando l'esito aziendale 2017 in linea col dato regionale (AUSL Imola 4,17; RER 4,35).

“La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per TM mammella” rispetto alla quale ci si attendeva una diminuzione, risulta nel 2017 nettamente migliorata passando da un esito 2016 pari a 17,57 a un esito 2017 di 10,98 (dato RER 2017: 6,11).

Il risultato osservato per gli indicatori relativi al parto con taglio cesareo (proporzione parti cesarei primari e proporzione di complicanze durante il parto cesareo e il puerperio) evidenzia una diminuzione rispetto al 2016 come atteso. In riferimento alla frattura del collo del femore: Intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni, la performance aziendale risulta essere tra le migliori a livello regionale con un dato osservato 2017 pari al 90,77 (RER 2017: 72,8).

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

I primi quattro indicatori relativi a questa area fanno riferimento ad un target di raggiungimento regionale che permette di classificarne la performance in base ai criteri già menzionati. Prima di entrare nel merito, si ricorda che nel 2015 le performance espresse da questi indicatori si attestavano tutte in un'area di insufficienza: performance “Scarsa”, mentre l'esito 2017 mostra un miglioramento generale di tutt'e quattro, in particolare:

- % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni: con un esito 2017 uguale a zero, la performance viene classificata come “Ottima”.
- Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici: il risultato 2017 (0,15) migliora rispetto al 2016 (0,47) pertanto, pur non rientrando nel range atteso (da -1,2 a -0,55) la performance passa da “Scarsa” a “Media”.
- Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici: il risultato 2017 (0,21) pur non rientrando nel range atteso, classifica la performance come “Media”.
- Degenza media pre-operatoria: il risultato 2017 (0,95) rientra nel range regionale (da -0,85 a 1), mostrando una performance “Buona” e più in linea col dato regionale (0,73).

I restanti indicatori appartenenti a quest'area sono indicatori di volume riferiti agli accessi PS, ai ricoveri ordinari e in DH rispettivamente medici e chirurgici per DRG, rispetto ai quali si rimanda alla presa visione della tabella.

Produzione-Territorio

“Ottima” la performance espressa dai seguenti indicatori, che confermano questi risultati già a partire dal 2015: Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti e Tasso standardizzato di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile.

Gli altri tre indicatori si riferiscono ai volumi di prestazioni di specialistica (diagnostica, visite e laboratorio), ai quali si rimanda per una presa visione.

Produzione-Prevenzione

Nell'ambito dei risultati dell'Indagine PASSI, l'indicatore sulla % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare, conferma una performance "Media", mentre in riferimento alla % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica, il risultato passa da una performance "Pessima" a "Scarsa".

Gli indicatori sugli screening confermano un risultato "Buono" in merito alla % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate, ed un risultato in flessione che passa da "Buono" a "Medio" per quanto concerne la % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate.

La Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani conferma una performance "Scarsa", anche se il risultato 2017 (56,14) mostra un lieve miglioramento rispetto al 2016 (53,39), oltre a superare il valore medio regionale (53,25). La Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini, esprime e conferma una performance "Buona" in aumento dal 2016 e superiore al valore regionale (AUSL Imola 96,39 vs RER 94,03).

"Ottima" risulta confermarsi la performance sulla % di aziende con dipendenti ispezionate in linea col dato regionale. Da "Buona" passa a "Ottima" la performance che esprime la Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti, con un risultato osservato che da 92,18 del 2016 incrementa a 99,09 nel 2017.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

La % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici esprime un peggioramento (2017: 46,94 vs 2016: 49,42) in considerazione di un risultato atteso maggiore o uguale a 60. La performance passa da "Media" a "Scarsa". Si conferma "Media", invece, la performance sul Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) per 100 residenti.

Il Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti, conferma anche nel 2017 un'ottima performance, migliore rispetto al dato medio regionale (AUSL Imola 1,95 vs RER 2,17).

Anche il Tasso standardizzato di accessi di tipo medico per 1.000 residenti, nel 2017 esprime un netto miglioramento che porta tale indicatore da l'area di insufficienza a "Ottima" performance, migliore anche del dato regionale.

Il Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza, mostra nel 2017 un valore di poco superiore al range atteso (0,22), che lo porta rispetto al 2016 (0,21) a passare da una performance "Buona" a una "Media".

Si aggiungono quattro indicatori di tipo osservazionale ai quali si rimanda per una specifica presa visione dei risultati.

Anticorruzione-Trasparenza

L'indicatore relativo alla % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza, posizione la nostra azienda in continuità con il 2016, confermando una "Ottima" performance ed un risultato che totalizza il 100%.

Gli indicatori osservazionali relativi alla % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER e % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta, rispettano il risultato atteso aziendale che prevedeva un aumento rispetto al 2015.

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Il Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici, conferma una "Buona" performance pur non centrando l'obiettivo > di 95 (2017: 92,51).

L'indicatore sulla % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza, esprime una "Buona" performance (2017: 82,58 vs RER: 83,65) che risulta in miglioramento rispetto agli anni precedenti non classificati in quando ancora indicatore di osservazione.

In ordine alla 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 2017 (175,46) non mostra la contrazione attesa e pertanto la performance passa da "Media" a "Scarsa".

Rispetto alla Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG, l'indicatore è di osservazione pertanto si rinvia ai dati della tabella.

L'area riporta anche i Costi pro capite 2016 rispetto ai quali si rinvia alla tabella per un confronto con la spesa 2015 e con quella media regionale.

Conclusioni

La Performance complessiva 2017 si connota in termini di miglioramento e mantenimento rispetto all'andamento dei valori aziendali osservati dal 2015 ad oggi.

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.

