



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS\_BO66  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000129  
DATA: 26/06/2017 12:35  
OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2016 - 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  
Con il parere favorevole di Mingozi Massimo - 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
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI

### DOCUMENTI:

File	Hash
DELI0000129_2017_delibera_firmata.pdf	034EEA5E7834FFFD23FBF4EBC5897EAB06A1C08B1BEC4CA0DF45E020B8BBD43A
DELI0000129_2017_Allegato1:	BFE33A1EC0A9D8D61B050A674F81CAFFB6F080F620AFD9CE9F57161CCC17CCCE



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 2016 - 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 annualmente 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/2017/0345450 del 10/05/2017 che, tra l'altro, fissa nel 30 giugno del corrente anno la data di adozione da parte delle Aziende del SSR della Relazione della Performance 2016;

- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2016 redatto dal Referente aziendale 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 2016 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 2016 nel testo finale redatto dal Referente aziendale in staff alla Direzione Generale ed allegata al presente provvedimento (Allegato 1) quale parte integrante e sostanziale;

2) di provvedere alla trasmissione all'OIV-SSR la Relazione sulla Performance per l'anno 2016, nel testo approvato in attuazione delle disposizioni regionali impartite di cui da ultimo con nota OIV-SSR prot. n. PG/2017/0345450 del 10/05/2017;

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 2016**

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

# INDICE

<b>Premessa</b> .....	<b>4</b>
<b>1. L'Azienda</b> .....	<b>6</b>
1.1 Missione dell'Azienda .....	6
1.2 Territorio e popolazione .....	6
1.3 Organizzazione dell'Azienda.....	9
1.4 Programmazione aziendale e processo di <i>budgeting</i> .....	13
<b>2. Executive Summary</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Area dell'accesso</b> .....	<b>16</b>
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 .....	19
<b>4. Area dell'integrazione</b> .....	<b>21</b>
4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale .....	21
4.2 Integrazione socio-sanitaria.....	27
<b>5. Area della produzione</b> .....	<b>32</b>
5.1 Riordino assistenza ospedaliera .....	32
5.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio ....	36
5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute.....	39
<b>6. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b> .....	<b>41</b>
6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.....	41
6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco .....	42
<b>7. Area dell'organizzazione</b> .....	<b>44</b>
7.1 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici .....	44
7.2 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento dell'accessibilità ai servizi	45
7.3 Adempimenti nei flussi informativi .....	47
<b>8. Valorizzazione del capitale umano</b> .....	<b>48</b>
8.1 La formazione aziendale.....	48
8.2 La sicurezza del lavoro .....	50
8.3 Il sistema di valutazione individuale della performance .....	51
8.4 Il Benessere Organizzativo .....	53
<b>9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza</b> .....	<b>55</b>
<b>10. Area della ricerca e della didattica</b> .....	<b>57</b>
<b>11. Area economico-finanziaria</b> .....	<b>59</b>
11.1 Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa...	59
11.2 Governo delle risorse umane .....	59
<b>12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico</b> .....	<b>62</b>
12.1 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti ....	62

<b>13. Gli indicatori di risultato e la valutazione della performance .....</b>	<b>66</b>
13.1 I risultati di periodo di performance organizzativa aziendale .....	66
13.2 Commento ai risultati e considerazioni conclusive della performance.....	77
<b>ALLEGATO 1 - "Grado di raggiungimento degli obiettivi della DGR 1003/2016",.....</b>	<b>78</b>
<b>ALLEGATO 2 – "Rendicontazione attività AVEC 2016" .....</b>	<b>78</b>

## 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. Sulla base delle novità introdotte, la Relazione sulla Performance assume una nuova struttura e nuovi contenuti.

Si tratta di un documento annuale contenente:

- elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2016 - 2018;
- evoluzione registrata per gli indicatori di risultato SIV-ER, indicati a livello regionale e riportati nel Piano della Performance 2016 - 2018, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

Alla Relazione sulla Performance viene allegato il documento di **Rendicontazione degli obiettivi fissati ed assegnati, per l'anno 2016, alla Direzione Aziendale a livello di programmazione regionale**, ai sensi della DGR 1003/2016 (**Allegato 1** alla presente Relazione sulla performance).

Nonostante la nuova struttura e tempistica, la Relazione sulla Performance si pone in continuità con la consolidata esperienza aziendale di rendicontazione annualmente ai cittadini e agli *stakeholder* istituzionali dell'attività e dei risultati raggiunti attraverso il 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 inserisce, pertanto, in un contesto organizzativo e in un percorso già avviato, attraverso il quale l'AUSL di Imola si propone di potenziare e migliorare il percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di strumenti idonei 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*.

La Relazione, pertanto, non vuole essere un semplice adempimento normativo, ma costituire uno strumento di rappresentazione dell'operato dell'AUSL di Imola nel corso del 2016, al fine di stimolare un momento di analisi e di riflessione, tra gli addetti ai lavori e gli *stakeholder* alla luce dei risultati conseguiti in una logica di miglioramento continuo ed innovazione.

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 ed 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*.

In concreto, l'OIV-SSR, avvalendosi anche del supporto degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) costituiti in ciascuna Azienda ed Ente del SSR, ha accompagnato 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, che si sviluppa in stretto collegamento con gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e del Sistema di *budgeting* aziendale, è stato messo a punto anche grazie al coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e delle OO.SS., in un'ottica di concreta collaborazione e nella prospettiva di un continuo miglioramento, nella consapevolezza che sempre più nelle aziende sanitarie occorre introdurre nuovi strumenti di gestione del personale, capaci di apprezzare i livelli di performance, nonché capaci di agire sul clima e la cultura organizzativa, sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con i propri collaboratori, partner e con gli *stakeholder* sociali.

L'obiettivo del nuovo sistema, pertanto, va oltre il puro adempimento dell'applicazione di procedure vincolate ai risultati gestionali, ma è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale la cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore sociale.



# 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 di, 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 Km<sup>2</sup> 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 Km<sup>2</sup>.

A livello generale, spiccano per densità abitativa i comuni della pianura: in primis Imola, ma anche Dozza e Mordano. Castel Guelfo è il comune che dal 2008 al 2016 ha aumentato maggiormente la propria densità.

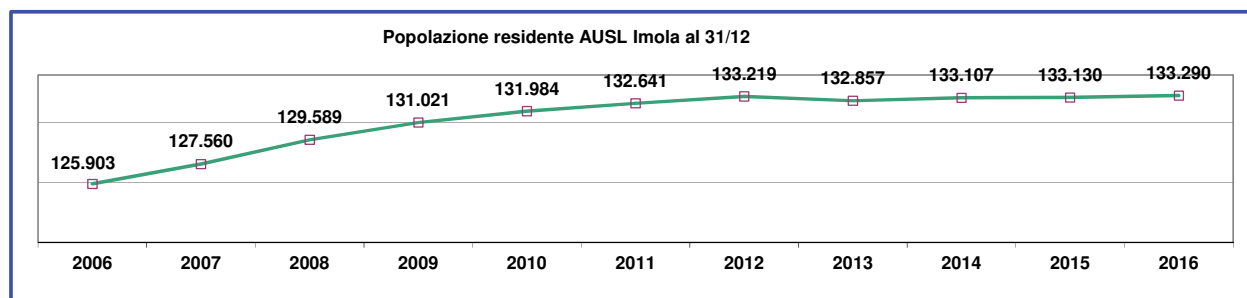
COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Kmq	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2016 Pop/Kmq	DENSITÀ 2008 Pop/Kmq
IMOLA	204,95	69.951	341,31	331,90
MORDANO	21,46	4.732	220,50	212,07
MEDICINA	159,11	16.744	105,24	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.479	156,88	142,98
<b>TOTALE PIANURA</b>	<b>414,07</b>	<b>95.906</b>	<b>231,62</b>	<b>224,47</b>
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.875	140,59	137,62
DOZZA	24,24	6.617	272,98	260,44
CASALFUMANESE	81,97	3.451	42,10	41,95
BORGO TOSSIGNANO	29,12	3.274	112,43	113,32
FONTANELICE	36,57	1.916	52,39	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.251	23,80	23,97
<b>TOTALE COLLINA</b>	<b>372,94</b>	<b>37.384</b>	<b>100,24</b>	<b>98,26</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787,01</b>	<b>133.290</b>	<b>169,36</b>	<b>164,66</b>
Prov. Bologna (2015-2008)			<b>271,94</b>	<b>260,39</b>
RER (2015- 2008)			<b>198,39</b>	<b>193,33</b>
ITALIA (2015-2008)			<b>201,32</b>	<b>197,85</b>

La **popolazione residente** nel Nuovo Circondario Imolese al 31/12/2016, ammonta a 133.290 unità di cui, 64.809 maschi (48,6%) e 68.481 femmine (51,4%). Dall'analisi incrociata della precedente tabella con quella che segue, si può notare come, a fronte di una quasi sovrapposibilità in collina del totale dei due generi, in pianura esiste una prevalenza femminile di circa 3.000 unità, che sebbene spiegabile da alcune variabili sociali, ne costituisce una caratteristica.

COMUNI	POPOLAZIONE			2016 Peso% su Totale AUSL	2004 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale		
IMOLA	33.652	36.299	69.951	52,5%	53,3%
MORDANO	2.411	2.321	4.732	3,6%	3,5%
MEDICINA	8.209	8.535	16.744	12,6%	11,9%
CASTEL GUELFO	2.211	2.268	4.479	3,4%	3,0%
CASTEL S. PIETRO	10.193	10.682	20.875	15,7%	15,8%
DOZZA	3.243	3.374	6.617	5,0%	4,7%
CASALFUMANESE	1.726	1.725	3.451	2,6%	2,5%
BORGO TOSSIGNANO	1.615	1.659	3.274	2,5%	2,6%
FONTANELICE	950	966	1.916	1,4%	1,5%
CASTEL DEL RIO	599	652	1.251	0,9%	1,0%
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>64.809</b>	<b>68.481</b>	<b>133.290</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Al 31/12/2016, l'80,8% della popolazione vive in tre Comuni: Imola (52,5%), Castel San Pietro Terme (15,7%) e Medicina (12,6%). I primi due hanno riscontrato un leggerissimo calo del loro peso percentuale. In controtendenza Medicina che crescere fortemente la propria incidenza nel contesto complessivo, assieme a Castel Guelfo. Passo d'arresto per l'attrattività del territorio di Dozza che, dopo anni di aumenti (mediamente circa + 100 residenti in ragione d'anno), indietreggia in terreno negativo (-35 unità circa sul 2015). Il trend di lungo periodo, come mostra la tabella che segue, vede dal 2012 una curva pressoché statica con alternanza di piccoli incrementi/decrementi soprattutto nell'ultimo triennio.

Nel 2016 la popolazione aziendale cresce debolmente pur se con una percentuale maggiore rispetto al biennio precedente (2016/2015 +0,12%).



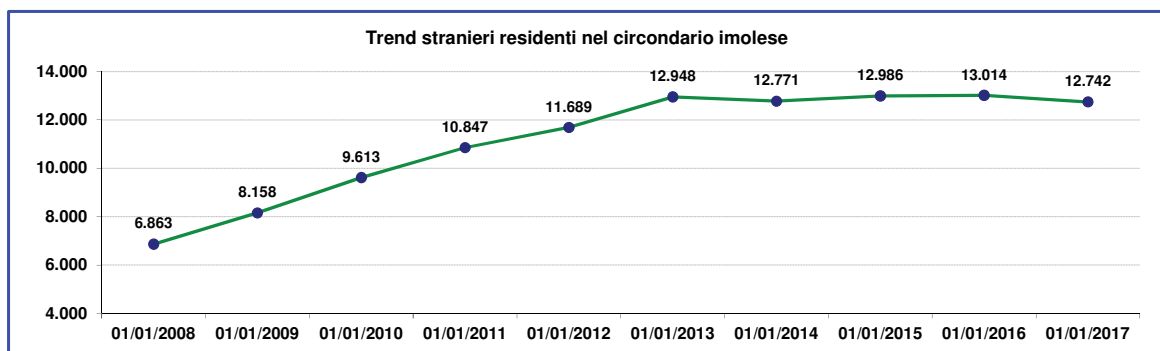
Il grado di **invecchiamento della popolazione** fotografato, nella tabella sotto riportata, vede una ripresa nei vari comuni dopo un periodo fino al 2010, contraddistinto da un calo. La motivazione va ricercata principalmente nel diverso ritmo di crescita che caratterizza i 2 gruppi di popolazione dell'indicatore, ovvero >=65 e 0-14, legato anche ai tassi demografici.

Comune Residenza	Indice vecchiaia (pop >=65/pop 0-14 * 100)			"Grado invecchiamento" della popolazione residente nei periodi 2004-2010-2016
	31/12/2004	31/12/2010	31/12/2016	
IMOLA	187,5	175,5	182,2	
CASTEL DEL RIO	267,8	219,9	219,3	
FONTANELICE	167,7	139,0	149,0	
BORGO TOSSIGNANO	128,0	128,3	146,1	
CASALFUMANESE	143,3	133,3	152,1	
DOZZA	120,6	116,0	146,4	
CASTEL GUELFO	127,3	108,4	123,7	
MORDANO	165,7	163,1	162,1	
CASTEL SAN PIETRO	180,3	171,7	199,4	
MEDICINA	165,6	142,8	148,2	
TOT AZIENDALE	174,5	161,1	173,6	

Dal 2004 al 2010 (anno di maggior incremento) il **tasso grezzo di natalità** si era mantenuto ben al di sopra del 9‰, per poi calare dal 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. Il successivo graduale riposizionamento di alcune di queste variabili, ha prodotto un nuovo incremento delle classi anziane. L'aspettativa vita a 65 in crescita, in presenza di una denatalità generale, ha portato l'indice di vecchiaia a 173,6%.

Su questo gioca anche il contemporaneo decremento della popolazione con cittadinanza straniera (e della di cui classe in età pediatrica).

L'ultimo delta 2016/2015, tabella successiva, vede, infatti, un -2% parzialmente riassorbito secondo il confronto con altre Banche Dati aziendali (assistiti) dagli stranieri non residenti.



### 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 di conseguenza importanti meccanismi di coordinamento e controllo. In altri termini si rende necessario un certo grado di formalizzazione di obiettivi, regole formali, procedure, routine che guidino le scelte dei membri dell'organizzazione, in assenza delle quali la discrezionalità dei comportamenti rischia di essere troppo confusiva.

La definizione della struttura organizzativa ha, infatti, 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.

In altri termini si tratta di ricomporre la frammentazione specialistica, abbandonando la prevalente logica proprietaria delle Unità Operative, favorendo la condivisione tra più unità operative di posti letto, sale operatorie, sale endoscopiche, risorse umane, tecnologie, percorsi clinici. 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, con deliberazione n. 192 del 23.12.2014, si è dotata di un nuovo assetto dipartimentale che 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)
- Blocco Endoscopico in rapporto al Dipartimento Medico-Oncologico e Dipartimento Chirurgico
- Blocco Operatorio in rapporto al Dipartimento Emergenza-Accettazione e Dipartimento Chirurgico.

Il nuovo assetto prevede, altresì, l'istituzione di **2 Programmi interaziendali**:

- Programma Reti Cliniche Maternità Infanzia
- Programma Reti Cliniche Ortopediche e Traumatologiche.

Si aggiungono i **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma Pediatria di Comunità (afferenza al DCP)
- Programma Anziani (afferenza al Distretto)

- Programma Blocco Operatorio (afferenza al DEA e CHIR)
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza al DSP)
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza DSM, DCP e DIMO).

Il nuovo 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 Farmacia
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Sono posizionate in **staff alla Direzione Strategica** le attività e funzioni relative alle aree di: Informazione e Comunicazione; Programmazione e Controllo direzionali; 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 10-04-2017

**Tecnostruttura**

**Staff Direzione Generale:**

- Programmazione e Controllo Direzionali
- Informazione e Comunicazione (U.R.P. Relazioni esterne e Uff. Stampa)

**Organismo Aziendale di Supporto all'OIV unico Regionale**  
Delibera AUSL Imola 153 del 23/10/2014

**Collegio Sindacale**  
Organo di verifica e controllo di legittimità

**DIRETTORE GENERALE**  
Organo di governo e gestione aziendale  
**Dott. Andrea Rossi**

**DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**Dott. Massimo Mingozzi**

**DIRETTORE SANITARIO**  
**Dott.ssa Emanuela Dall'Olmi**

**Collegio di Direzione**  
Organo di proposta e consultazione obbligatoria presieduto da Direttore Sanitario

**Staff Direttore Sanitario:**

**Governo Clinico**  
**D.ssa Lorena Landi**  
Nuclei Operativi:  
• Prevenzione protezione  
• Medico competente  
• Accredimento Qualità  
• Rischio Clinico e Controlli Sanitari  
• Ricerca e Innovazione

**Formazione**

**Prog. Interaziendale Reti Cliniche Maternità e Infanzia**

**Prog. Interaziendale reti cliniche ortopediche e traumatologiche**

**Medicina Legale**  
**Prof. Francesco Taroni**

**Collegio delle Professioni Sanitarie**  
Organismo elettivo di partecipazione e contestabilità interna

**DIRETTORE DISTRETTO**  
Direttore Sanitario (ad interim)

**Ufficio Direzione del Distretto**

**Ufficio Committenza e Controllo**



**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO**  
Direttore D.ssa Maria Teresa Donattini

**UOC Contabilità e Finanza**  
Direttore Dr. Gianni Gambi

**UOC Segreteria Generale e Affari legali**  
Direttore D.ssa Sabrina Fiorentini

**UOC Risorse Umane**  
Direttore D.ssa Mariapaola Gualdrini

**UOC Economato e Logistica**  
Direttore D.ssa Ivana Pelliconi

**UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche**  
Direttore Ing. Domenico Alessandro Faiello

**UOC Tecnologie Impiantistiche e di Rete**  
Direttore (ad interim) Ing. Cristian Chiarini

**UOC Ingegneria Clinica**  
Direttore Ing. Cristian Chiarini

**UOC Amministrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali**  
Direttore D.ssa Maria Teresa Donattini

**Legenda:**

**Struttura organizzativa**

- organi
- organismi
- altre direzioni
- dipartimenti
- Tecnostrutture /programmi

**Sistema delle responsabilità**

- Relazione di staff
- Relazione di line supervisione diretta
- Relazione istituzionale
- Relazione di afferenza dei programmi

**territorio**

**DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA** Direttore Dr.ssa Gabriella Martini

- UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA Direttore Dr. Gabriele Peroni
- UOC IGIENE VETERINARIA Direttore D.ssa Gabriella Martini
- UOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO Direttore Dr. Paolo Galli
- PROGRAMMA SICUREZZA ALIMENTARE Responsabile Dr. Gabriele Peroni

**DSM e DIPENDENZE PATOLOGICHE** Direttore D.ssa Alba Natali

- UOC PSICHIATRIA ADULTI Direttore D.ssa Alba Natali
- UOC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA Direttore Dr. Cosimo Ricciutello
- UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE Direttore Dr. Stefano Gardenghi
- SSD SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA Responsabile Dr. De Falco Roberto

**DIPARTIMENTO SANITARIO** Direttore Sanitario

- OSPEDALE DI COMUNITA'
  - UOC CURE PRIMARIE Direttore (ad interim) Direttore Sanitario
  - SSD CONSULTORIO FAMILIARE Responsabile D.ssa Mariagrazia Saccotelli
  - PROGRAMMA PEDIATRIA DI COMUNITA'
  - SSD ASSISTENZA AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA Responsabile D.ssa Angela Morsiani

**ospedale**

**UOC ONCOLOGIA** Direttore Dr. Antonio Maestri

**UOC NEFROLOGIA E DIALISI** Direttore D.ssa Marcora Mandreoli

**UOC PEDIATRIA E NIDO** Direttore (ad interim) Dr. ssa Brusa Sandra

**UOC MEDICINA A** Direttore D.ssa Costanza Farabegoli

**SSD MEDICINA B** Responsabile Dr. Stefano Pasquali

**UOC MEDICINA RIABILITATIVA** Direttore (ad interim) Dr. Puglisi Carmelo

**UOC GASTROENTEROLOGIA** Direttore Dr. Caletti Giancarlo

**UOC GENETICA MEDICA** Direttore (ad interim) Dr.ssa Battaglia Paola

**UOC GERIATRIA E LUNGODEGENZA** Direttore (ad interim) Dr. Antonio Maestri

**SSD NEUROLOGIA** Responsabile D.ssa Vittoria Mussuto

**DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO** Dir. Dott. Antonio Maestri

**DIPARTIMENTO CHIRURGICO** Direttore Dr. Emilio Emili

- SSIA CHIRURGIA GENERALE Responsabile Prof. Antonio Daniele Pinna
- UOC DAY SURGERY - CHIRURGIA GENERALE Direttore Dr. Stefano Artuso
- SSD BREAST UNIT Responsabile Dr. Riccio Paolo Antonino
- UOC ORTOPEDIA Direttore Dr. Impallomeni Carlo
- UOC UROLOGIA Direttore Dr. Emilio Emili
- UOC OTORINO-LARINGOIATRIA Direttore Dr. Ignazio Tasca
- UOC OCULISTICA Direttore (ad interim) Dr. De Fazio Rocco
- UOC GINECOLOGIA E OSTETRICA Direttore Dr. Stefano Zucchini
- UOC ANATOMIA PATOLOGICA Direttore Dr. Roberto Nannini
- SS CENTRALE STERILIZZAZIONE Responsabile Coord. Infermieristico Nadia Ferri

**PROGRAMMA BLOCCO OPERATORIO** Responsabile Dr.ssa Lydia Saravo

**SSD Polo di Day Surgery polispecialistico di Castel San Pietro Terme** Responsabile Dr. Igor Bacchilega

**DIPARTIMENTO EMERGENZE E ACCETTAZIONE** Direttore (ad interim) Dr. Nerl Andrea

- UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA Direttore Dr.ssa Patrizia Cenni
- UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE Direttore (ad interim) Dr.ssa Vespignani Maria Giovanna
- UOC CARDIOLOGIA Direttore Dr. Cesare Antenucci
- SS RADIOLOGIA Prof. Maurizio Zampatori
- SSD SEMI INTENSIVA Responsabile Dr.ssa Maria Giovanna Vespignani
- SSD SPOKE LABORATORIO ANALISI (struttura organizzativa LUM Ausl Bologna funzionalmente assegnata al DEA AUSL IMOLA)
- SSD CENTRO RACCOLTA SANGUE E IMMUNO-EMATOLOGIA Responsabile Dr. Pietro Fagnani (struttura organizzativa AUSL IMOLA funzionalmente assegnata al TUM)

**DIREZIONI TECNICHE AZIENDALI**

- Direzione Medica Di Presidio** Dr. Andrea Neri
- Direzione Infermieristica e Tecnica** Dr. Davide Carollo
- Direzione dell'Assistenza Farmaceutica** D.ssa Silvia Gambetti

**PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE ANZIANI** Responsabile Dr. Corrado Maccana

**PROGRAMMA INTERDIPARTIMENTALE PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITA'** Dr. Damiano Suzzi

NOTA: per ciascun Dipartimento sono evidenziate le strutture / programmi a valenza dipartimentale ed interdipartimentale

## 1.4 Programmazione aziendale e processo di *budgeting*

La gestione dell'Azienda è guidata da criteri di programmazione e controllo, di cui il Budget annuale rappresenta lo strumento operativo fondamentale. Il Budget porta a sintesi, indirizza e rende operativa la programmazione aziendale su costi e attività, rendendola coerente sia con il Bilancio di Previsione economico-finanziario sia con i documenti programmatori e di pianificazione strategica.

Le finalità specifiche del Budget sono: a) la definizione complessiva e multidimensionale degli obiettivi e dei risultati operativi della gestione per l'esercizio successivo; b) la loro declinazione in processi, attività e responsabilità; c) la loro condivisione con i Centri di Responsabilità (Dipartimenti e Unità Operative) attraverso il processo di negoziazione.

I principi cui si ispira il Budget aziendale sono:

- l'integrazione complessiva dei sistemi e degli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo, e il loro collegamento con i sistemi di valutazione e incentivazione del personale;
- la promozione dell'autonomia e della responsabilizzazione dei dirigenti sulle dimensioni quali/quantitative di attività e costo;
- la trasparenza e la predeterminazione dei criteri di valutazione della gestione;
- la focalizzazione sulle attività, in quanto generatrici dei servizi/prestazioni da un lato e "consumatrici" di risorse dall'altro;
- la tensione al miglioramento continuo, oltre al consolidamento dei risultati storici già raggiunti.

Il Budget declina le linee strategiche e gli indirizzi contenuti negli strumenti di pianificazione e programmazione aziendali, in obiettivi specifici assegnati ai Centri di Responsabilità, coerentemente con la distribuzione e la graduazione delle responsabilità e con le risorse strutturali assegnate.

Il Budget è oggetto di negoziazione tra la Direzione Generale e i Dipartimenti. L'Azienda confronta in maniera regolare e sistematica la rispondenza tra i risultati prodotti e gli obiettivi negoziati, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione. Le modalità di predisposizione, gestione e verifica del budget e dei risultati ottenuti sono definite dal "**Regolamento Sistema di Budget**" (Deliberazione aziendale n. 33/2015). Nel perseguimento degli obiettivi di budget viene coinvolta l'intera struttura aziendale, attraverso un processo "a cascata" di attribuzione di obiettivi specifici alle singole articolazioni, e tutti i dirigenti e il personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Tale impianto costituisce il "**Sistema aziendale di valutazione integrata della performance e delle competenze**" (Deliberazione aziendale n. 2/2016), a cui si rimanda per gli eventuali approfondimenti.



## 2. Executive Summary

A seguire viene riportata la rendicontazione relativa all'anno 2016 degli obiettivi strategici assegnati all'atto della sua designazione al Direttore Generale dell'Azienda e declinati nel Piano della Performance per il triennio 2016-2018.

Gli obiettivi aziendali 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.

Gli obiettivi che l'Azienda è chiamata a perseguire, sia a livello strategico che operativo, discendo da:

- obiettivi strategici di mandato, pluriennali, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale;
- indirizzi annuali, definiti nella delibera di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie;
- linee guida al budget annuale.

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.

A "cascata" gli obiettivi strategici vengono declinati attraverso il percorso annuale di budget in obiettivi operativi e definiti gli standard di qualità, di efficienza ed economicità.

In tal modo, da una parte vengono esplicitati gli obiettivi/azioni che l'azienda intende promuovere per soddisfare i bisogni di riferimento e dall'altra vengono indicati i target e gli indicatori per misurare il livello di performance aziendale e di singola articolazione, in un'ottica di valutazione complessiva e di piena trasparenza.

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, oltre a permettere confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema a livello regionale.

Tramite il **Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale - SIVER** viene garantita piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e la standardizzazione della loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che risultano centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Nei successivi capitoli del 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 2016.

In conclusione vengono riportati, in tabella, gli indicatori SIV-ER di riferimento, con l'indicazione del risultato raggiunto nel 2016 e il posizionamento in ordine al target preventivato.

Il sistema di valutazione della performance, così come dettato dalla delibera OIV-SSR n. 3/2016, 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
<b>1</b>	<b>Dimensione di performance dell'utente</b>	
1.1	Area dell'accesso	1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
		1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico 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	
<b>2</b>	<b>Dimensione di performance dei processi interni</b>	
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, specialistico e farmaceutico (solo parte farmaceutica)
2.3	Area dell'organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici 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'anticorruzione e della Trasparenza	
<b>3</b>	<b>Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo</b>	
3.1	Area della ricerca e della didattica	
3.2	Area dello sviluppo organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
<b>4</b>	<b>Dimensione di performance della sostenibilità</b>	
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

### 3. Area dell'accesso

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

In ordine al miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini, l'AUSL di Imola ha posto nel corso degli ultimi anni numerosi interventi rivolti al miglioramento dei tempi di attesa.

Gli interventi hanno riguardato in alcuni casi, dove necessario, l'aumento dell'offerta, e l'applicazione di misure organizzative volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in altri.

Le azioni poste in essere, in applicazione delle disposizioni regionali in materia (DGR 1056/2015 "*Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie*") hanno trovato esplicitazione nel programma aziendale di intervento straordinario di contenimento dei tempi di attesa, le cui linee di intervento, organizzative e strutturali, hanno riguardato:

- Operazioni di efficientamento organizzativo interno.
- Acquisto da parte dell'Azienda di prestazioni da professionisti interni al di fuori del loro orario istituzionale (Similalp).
- Incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato.
- Incremento di attività di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati.
- Appropriatezza prescrittiva mediante controlli sui quesiti diagnostici resi maggiormente fruibili tramite il sistema informativo gestionale di CUP2000.
- Separazione delle Agende tra il "primo accesso" e gli "accessi di controllo", anche in questo ambito con il supporto del sistema informativo gestionale CUP2000.
- Servizio di Recall automatico che 7 gg prima della data di effettuazione ricorda al cittadino l'appuntamento chiedendone contestualmente conferma o disdetta.
- Apertura delle Agende senza soluzione di continuità.

Tutto il percorso e le azioni programmate sono state 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.

L'Azienda ha monitorato settimanalmente, tramite il portale regionale MAPS, la performance delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio.

I risultati complessivi ottenuti sono stati superiori al 90% su tutti i trimestri e sono di seguito riportati (fonte dati MAPS – Bacino 1 e priorità D – Trimestri 2016):

- 1 trimestre: 95 % per la diagnostica e 97% per le visite
- 2 trimestre: 94 % per la diagnostica e 93% per le visite
- 3 trimestre: 98 % per la diagnostica e 94% per le visite
- 4 trimestre: 98 % per la diagnostica e 93% per le visite.

L'indice di performance, nel corso dell'anno si è mantenuto, pertanto, in linea con gli standard regionali previsti. A tal proposito, si rimanda, anche all'obiettivo: "**Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia**

**accesso per prestazioni di specialistica ambulatoriale”,** di cui al documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l’anno 2016 (Allegato 1).

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati relativamente all’ultimo trimestre 2016, per ogni singola prestazione monitorata, gli indici di performance in riferimento agli standard regionali: 30 gg per visite e 60 gg per diagnostica. Per ciascuna di essa il colore indica l’indice di performance: il colore verde indica che le prenotazioni entro lo standard sono 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.

L’obiettivo dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni è da considerarsi raggiunto.

Prestazioni	OTTOBRE 2016		NOVEMBRE 2016		DICEMBRE 2016	
	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance
01 Visita Oculistica	732	77%	622	63%	258	96%
02 Visita Urologica	275	100%	203	100%	167	100%
03 Visita Fisiatrica	262	100%	235	100%	181	80%
04 Visita Endocrinologica	104	100%	80	100%	64	100%
05 Visita Neurologica	221	100%	196	100%	103	78%
06 Visita Ortopedica	286	100%	276	97%	194	87%
07 Visita Oncologica	12	100%	15	100%	10	100%
08 Visita Cardiologica	405	91%	398	100%	245	99%
22 Visita Ginecologica	201	100%	157	100%	107	93%
23 Visita Dermatologica	554	100%	393	99%	335	100%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	530	97%	467	96%	344	100%
25 Visita Chirurgia Vascolare	34	100%	18	100%	8	88%
40 Visita Gastroenterologica	172	94%	132	98%	105	76%
41 Visita Pneumologica	106	100%	115	100%	93	84%
48 Visita ostetrica	19	100%	20	100%	12	92%
50 Visita Senologica	31	100%	22	100%	9	100%
<b>Totale</b>	<b>3.944</b>	<b>94%</b>	<b>3.349</b>	<b>90.3%</b>	<b>2.235</b>	<b>93.5%</b>

Prestazioni	OTTOBRE 2016		NOVEMBRE 2016		DICEMBRE 2016	
	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance
09 Colonscopia	125	100%	100	100%	142	100%
10 EMG	91	100%	90	92%	78	100%
11 Ecocolordoppler	693	100%	581	100%	424	100%
12 Ecografia Addome	706	96%	591	96%	469	100%
13 Gastroscofia	88	100%	57	100%	119	97%
14 TAC del Capo	63	100%	51	98%	36	97%
15 TAC Addome	42	100%	33	95%	32	94%
16 RMN Cerebrale	88	100%	94	100%	49	100%
17 RMN Addome	19	100%	24	100%	10	100%
18 RMN della Colonna	254	100%	198	100%	158	100%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	12	100%	14	100%	12	100%
27 TAC Bacino	1	0%	3	93%	1	0%
28 TAC Torace	53	100%	41	79%	39	85%
29 Ecografia Mammella	4	90%	1	100%	2	100%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	298	100%	254	100%	195	95%
35 Elettrocardiogramma	250	100%	150	100%	74	100%
36 Elettrocardiogramma Holter	113	100%	63	100%	49	98%
37 Audiometria	161	100%	161	100%	130	100%
38 Spirometria	130	81%	109	96%	95	100%
39 Fondo Oculare	64	100%	47	100%	28	100%
42 Mammografia	106	100%	85	100%	65	100%
43 Ecografia capo e collo	276	100%	226	100%	166	98%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	183	100%	148	100%	104	100%
45 ECG da sforzo	59	93%	32	100%	30	100%
46 RM muscoloscheletrica	228	100%	226	100%	133	100%
<b>Totale</b>	<b>4.129</b>	<b>95,9%</b>	<b>3.379</b>	<b>95,9%</b>	<b>2.640</b>	<b>95,7%</b>

Per quanto riguarda la parte ospedaliera si segnala che, nel corso del 2016, l'AUSL di Imola ha aderito al progetto di implementazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste d'Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero programmato.

In particolare, per tramite dei suoi referenti, ha attivamente partecipato alle attività del gruppo di lavoro regionale per la definizione del disciplinare tecnico. E' stato, inoltre, completato il piano di informatizzazione del sistema di rilevazione delle liste d'attesa.

In ultima analisi si propone di seguito una tabella riepilogativa dei tempi di attesa delle prestazioni ospedaliere oggetto di monitoraggio regionale, i cui dati, tratti dalla Reportistica predefinita RER - Ricoveri programmati nel periodo gennaio – dicembre 2016 (Consolidato senza mobilità passiva), sono a confronto con il dato medio regionale.

Tempi di attesa prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto di monitoraggio RER - Reportistica predefinita	Ricoveri Programmati AUSL IMOLA	% Tempi di attesa > 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg) AUSL IMOLA	Attesa mediana (gg) RER	Standard
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	23	0	91,3	100					25	24	1 - 30 gg
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	53	0	9,4	60,4	96,2	100			53	36	1 - 30 gg
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	8	0	100						17,5	17	1 - 30 gg
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	7	0	85,7	100					25	25	1 - 30 gg
CHEMIOTERAPIA (DH)	579	7,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	0,2	2	6	1 - 30 gg
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	74	0	50	83,8	94,6	100			30,5	15	non definito
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	127	0	8,7	30,7	45,7	59,8	86,6	13,4	101	109	>= 50% 1 - 90 gg

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

L'Azienda ha avviato azioni volte al monitoraggio degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, in particolare rispetto ad alcuni indicatori di esito, di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015:

- 1) Frattura femore, in termini di mantenimento dell'ottima performance raggiunta nella percentuale di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore su pazienti over 65 anni.
- 2) Tumore mammella, in termini di miglioramento della percentuale di reinterventi entro 120 giorni dall'intervento conservativo.
- 3) Colectomia, in relazione al miglioramento della proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.
- 4) Maternità, in termini di miglioramento nella percentuale di tagli cesari primari.

Nell'ambito degli indicatori di efficienza (DGR n. 1003/2016) l'attenzione è stata rivolta al monitoraggio del rispetto del "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario", che per l'AUSL di Imola si è mantenuto al di sotto del target di riferimento, registrando un rapporto inferiore a 0,21.

In riferimento a questi specifici indicatori si rimanda all'allegato documento (Allegato 1) di rendicontazione del "Grado di raggiungimento degli obiettivi della DGR 1003/2016", allo specifico obiettivo "Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero", nonché alla tabella di sintesi degli indicatori di risultato e valutazione della performance, di cui al Capitolo 13 della presente Relazione.

A partire dal 30.11.2016, ai sensi della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia Romagna", l'AUSL di Imola ha avviato la conversione del regime di erogazione, con il passaggio da Day hospital a Day service ambulatoriale.

Sulla base degli indirizzi regionali, la rimodulazione del regime assistenziale consente di migliorare la disponibilità delle informazioni necessarie a conoscere l'intero percorso clinico-organizzativo dei pazienti oncologici.

L'Azienda ha partecipato con propri professionisti al Gruppo di riprogettazione della rete dei punti nascita dell'Area Vasta Emilia Centro, in applicazione degli indirizzi di cui all'accordo della Conferenza Unificata Stato

Regioni (Accordo Stato-Regioni) del 16/12/2010 e del DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume / esiti dei PN per il loro mantenimento in attività.

Durante la fase di discussione del gruppo di lavoro è stato contemporaneamente e in parallelo prodotto il documento regionale "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna", che di fatto è stato approvato a livello regionale. In questo documento è stata ridefinita anche la rete dell'Area Vasta Emilia Centro, tenendo presente il contesto sovra provinciale post sisma 2012.

Per quanto riguarda il sistema di trasporto in emergenza neonatale (STEN) è stata attivata una procedura interaziendale (AUSL Imola - AOU Bologna) per il completamento della rete STEN a livello dell'AVEC Emilia Centro. E' nella sua fase di ultimazione il documento relativo allo STAM tra l'Hub del S. Orsola e lo Spoke di Imola.

## 4. Area dell'integrazione

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

Nel corso dell'ultimo biennio l'Azienda ha profuso un particolare impegno a livello Distrettuale, anche con l'attivazione delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e di Medicina e dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), che ha permesso lo sviluppo di specifiche attività in ambito territoriale con l'obiettivo di una migliore presa in carico dei pazienti in termini di continuità assistenziale.

Nel raccordo tra Ospedale e Territorio si richiama il significativo impegno, con riferimento al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, verso 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).

In continuità e sviluppo con l'impianto di azioni avviato è proseguita l'attività del Dipartimento Cure Primarie negli interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG:

- Progetto di presa in carico del paziente cronico complesso per i profili di Diabete, Scompenso e BPCO per il quale l'Azienda ha avviato una collaborazione con l'Università SDA Bocconi per l'Implementazione del "Modello di presa in carico del paziente cronico complesso".
- Sistematizzazione dei percorsi per la gestione del paziente cronico complesso per BPCO, Scompenso, Diabete mediante un ambito composito di interventi che ricomprendono iniziative formative, autonomizzazione dei MMG per le prestazioni di ECG e Spirometria e strutturazione percorsi di relazione per le consulenze specialistiche.
- Utilizzo dei dati "Profilo di Nucleo", documento informativo regionale, al fine di supportare l'analisi dei dati e individuare interventi di miglioramento, quali: *follow up* del paziente diabetico, IM, BPCO e Scompenso.

Lo sviluppo della presa in carico e della gestione proattiva delle patologie croniche, 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 dal 2014 sia presso la sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola che presso la Case della Salute 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 NCP imolesi, mentre per i restanti NCP 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 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 le tecnologie informatiche dell'AUSL di Imola.

**Dimissioni Protette e PUA.** Anche nel corso del 2016 il PUA ha mantenuto costante l'impegno con i reparti di degenza per i casi che necessitavano di dimissione protetta favorendo la continuità tra Ospedale e Territorio, anche per i bisogni sociali. Rilevante è l'attività che svolge per pianificare il rientro al proprio domicilio o in Struttura quando le condizioni del paziente non lo rendono possibile. Il coinvolgimento dei familiari è molto presidiato per favorire il percorso di dimissione, attraverso colloqui personalizzati e con l'ausilio di materiale informativo dedicato. Anche l'attività ed il ruolo del Mediatore culturale è particolarmente presidiato. Il PUA garantisce le seguenti attività:

- controllo e registrazione delle segnalazioni attraverso programma informatizzato Arianna ADI;
- valutazione pazienti nel reparto di degenza;
- attività di valutazione nella commissione delle UVG Ospedaliere, dove il PUA è componente attivo dell'equipe di valutazione, in reparto e sul territorio per l'inserimento in struttura definitiva;
- gestione posti letto temporanei in RSA, valutazione semplificata con il Geriatra in reparto per favorire la copertura immediata dei posti disponibili;
- percorso pediatrico ad alta complessità;
- monitoraggio percorso "Violenza di genere e assistita";
- invio segnalazioni, relazioni e aggiornamenti al Servizio Sociale;
- supporto alla gestione percorsi sociali ad alta complessità per utenti senza fissa dimora, fuori AUSL, con elevate criticità sanitarie;
- gestione diretta su segnalazioni riferite a cittadini non residenti con problemi di tipo sociale e supporto al PS nella gestione dei *frequent-user*, informazioni ed invio a centri accoglienza, erogazione biglietti per treno/autobus, fornitura di generi di prima necessità;
- percorso segnalazione gravida/nascituro a rischio con coinvolgimento reparti di ostetricia, ginecologia, pediatria, SERT, DSM, Servizio Sociale, comunità di accoglienza;
- attivazione Servizi Sociali fuori AUSL per utenti ricoverati;
- valutazioni semplificate, in collaborazione con l'assistente sociale, per assegno di cura e certificazione della non autosufficienza a seguito dell'attivazione SAD e commissione ai sensi della L. n. 2068/04;

- collaborazione con il PS per attivazione percorso violenze e abusi secondo procedura Aziendale, segnalazione alle forze dell'ordine;
- attivazione servizio di volontariato per utenti residenti nel nostro territorio;
- organizzazione trasporto gratuito per pazienti anziani soli o in difficoltà economiche, pazienti oncologici non deambulanti in difficoltà;
- segnalazione alle forze dell'ordine e condivisione del percorso con l'utente.

Si riportano, nella tabella che segue, le segnalazioni PUA suddivise per sede di provenienza, relative al 2015 (totale complessivo: 3.447) e al 2016 (totale complessivo: 2.887), evidenziando un incremento del +16%.

La Tabella che segue evidenzia la distribuzione delle segnalazioni per tipologia di provenienza.

<b>SEGNALAZIONI per sede di provenienza</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
AMBI	250	92
MEDI - MEDICINA INTERNA 1	621	151
MED2 - MEDICINA INTERNA 2	403	111
MEDICINA A	0	369
MEDICINA B	0	175
GERM - GERIATRIA	287	252
LUIN - LUNGODEG. INTENSIVA	297	305
LDPC - LUNGODEG.POST ACUTI CSP	0	0
CARD - CARDIOLOGIA	10	9
MUR - MEDICINA D'URGENZA	19	22
UROL - UROLOGIA	12	4
CHIA - CHIRURGIA A	49	28
ORTB - ORTOPEDIA	89	63
ORTG - ORTOGERIATRIA	21	37
RIAN - RIANIMAZIONE	21	1
SEMI - TERAPIA SEMINTENSIVA	8	10
PSIO - PSICHIATRICO OBBL.	0	0
PSIV - PSICHIATRICO VOL.	20	13
OsCo - HOSPICE	43	33
PEDG - PEDIATRIA GENERALE	13	16
PEPN - PEDIATRIA NEONATALE	0	0
OsCo - SIRCI	134	97
OSTE - OSTETRICA-GINECOLOGIA	12	9
ORL	3	0
ONCOLOGIA	0	9
NIDO - NEONATOLOGIA	15	3
DIALISI-NEFROLOGIA	24	10
DH ONCOLOGICO	5	0
OBI	24	29
PRONTO SOCCORSO	65	50
UTIC	2	0
ALTRI SERVIZI	13	15
DOMICILIO	826	848
Montecatone	57	44
Ospedale altra AUSL	50	63
Strutture ASP	54	19
<b>TOTALE</b>	<b>3.447</b>	<b>2.887</b>

Il ruolo di facilitatore dell'Infermiere del PUA ha mantenuto costante il coinvolgimento del paziente e del *caregiver* e del Medico di Medicina Generale. Altra attività implementata all'interno del PUA è stata l'avvio della sperimentazione del progetto del ruolo di facilitatore per i trasferimenti richiesti dal DEA ed in particolar modo dall'area critica verso i reparti internistici.

**Assistenza infermieristica domiciliare.** Come mostra la tabella sottostante, il 2016 registra un lieve decremento dei pazienti presi in carico: -1,7%, pari a -74 pazienti rispetto al 2015, con una conseguente diminuzione anche degli accessi infermieristici (-1,3%; pari a -677 accessi).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2015	2016	Var. ass.	Var. %
PAZIENTI IN CARICO	4.233	4.159	-74	-1,7%
ACCESSI INFERMIERISTICI	53.569	52.892	-677	-1,3%
ACCESSI INFERMIERISTICI PER PAZIENTE	12,7	12,7	0,06	0,5%
PRESTAZIONI EROGATE	98.152,0	96.195,0	-1.957	-2,0%

Si riporta, inoltre, la distribuzione percentuale degli "episodi di cura di assistenza domiciliare" reso al singolo paziente (detto anche TAD), per tipologia di assistenza, a confronto con la distribuzione del totale regionale.

ADI 2016 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA ASSOCIAZIONI NO PROFIT		ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
IMOLA	1.353	34,6%	2.358	60,3%	12	0,3%	186	4,8%	3.909	100%
TOTALE RER	60.077	46,2%	64.081	49,3%	2.079	1,6%	3.873	3,0%	130.110	100%

**Ospedale di Comunità (Os.Co).** A partire dal 2014 è stato dato un forte impulso al completamento della *mission* del Presidio di Castel S. Pietro Terme, istituendo la Casa della Salute e l'integrato Ospedale di Comunità (Os.Co), quale struttura sanitaria residenziale di tipo intermedio a carattere multi professionale e a gestione infermieristica:

- Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI): unità organizzativa a gestione infermieristica, modello evolutivo della tradizione lungodegenza post-acuzie, dedicata ad ospitare persone fragili ad alta componente di non-autosufficienza e con quadro clinico relativamente stabile, al fine di ridurre il carico di pazienti nei reparti ospedalieri nella fase post-acute, offrendo un livello di cure appropriato verso una dimissione assistita;
- Hospice territoriale: 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.

Si riporta in tabella la sintesi dei dati sui volumi di attività e di efficienza relativi al 2015 e 2016 a confronto.

<b>OSPEDALE DI COMUNITA' DI CSPT</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Posti letto medi SRCI</b>	28	21	-7	-25,0%
<b>Casi trattati SRCI</b>	297	225	-72	-24,2%
<b>Degenza media SRCI</b>	18	22,9	5	24,5%
<b>Giornate di degenza SRCI</b>	5.475	5.145	-330	-6,0%
<b>HOSPICE TERRITORIALE</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Posti letto medi Hospice</b>	12	12	0	0,0%
<b>Casi trattati Hospice</b>	186	157	-29	-15,6%
<b>Degenza media Hospice</b>	17	15,5	-1	-6,1%
<b>Giornate di degenza Hospice</b>	3.071	2.433	-638	-20,8%

**Psichiatria Adulti.** Negli ultimi anni la psichiatria ha raggiunto obiettivi orientati alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali basati sull'intensità di cura. Ciò ha permesso una graduale "restituzione" al territorio dell'area residenziale e l'introduzione di nuovi strumenti di gestione e presa in carico del paziente con disturbi psichici, quali il "budget di salute".

La tabella evidenzia come sul versante territoriale si registri un sostanziale mantenimento dei casi trattati ed un lieve incremento dei nuovi soggetti presi in carico. In incremento le dimissioni che registrano un +25% rispetto al 2015.

<b>PSICHIATRIA ADULTI</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Casi trattati in degenza ordinaria	308	300	-8	-2,6%
Casi trattati in RTI	140	127	-13	-9,3%
<b>Casi totali</b>	<b>448</b>	<b>427</b>	<b>-21</b>	<b>-4,7%</b>
<b>Day Service</b>	<b>1.686</b>	<b>1.484</b>	<b>-202</b>	<b>-12,0%</b>
<b>TERRITORIALE</b>	<b>2015</b>	<b>2015</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Utenti CSM	2.507	2.512	5	0,2%
Casi in Day Hospital Territoriale	59	59	0	0,0%
Interventi di crisi in DHT	180	163	-17	-9,4%
Utenti c/o Centro Diurno	42	44	2	4,8%
Nuovi utenti presi in carico	345	353	8	2,3%
Dimessi	852	1.065	213	25,0%

**Neuropsichiatria Infantile.** Si registra un incremento significativo degli utenti in carico (+6,5% pari a 93 casi), dei nuovi utenti (+19,3% pari a 90 casi) ed un conseguente aumento dei volumi di prestazioni erogate (+8,6%), con particolare riferimento alla figura dell'educatore (+24%) per effetto del potenziamento degli interventi educativi - su finanziamento regionale per il Progetto PRIA - nell'ambito dell'Autismo.

**Dipendenze Patologiche.** Quest'area registra un sostanziale mantenimento del numero di utenti in carico, di prime viste e un incremento di prestazioni erogate (+4,4%). In ambito di semiresidenzialità presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno), si registra un aumento di utenti nell'anno e di nuovi casi presi in carico.

<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Utenti in carico	1.433	1.526	93	6,5%
Nuovi utenti presi in carico	466	556	90	19,3%
Prestazioni erogate	21.945	23.842	1.897	8,6%
<b>DIPENDENZE PATLOGICHE</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Utenti in carico	1.063	1.070	7	0,7%
Nuovi utenti presi in carico	194	198	4	2,1%
Prestazioni erogate	31.140	32.506	1.366	4,4%

Per quanto riguarda un più esaustivo commento in ordine all'attività del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche si rimanda al documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1), relativamente a:

- Obiettivo: Salute Mentale, dipendenze patologiche
- Obiettivo: Assistenza territoriale alla persone con disturbo dello spettro autistico (P.R.I.A.)
- Obiettivo: Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale.

**Consultorio Familiare.** Si riportano di seguito i dati sull'attività del Consultorio per principali aree di attività, a confronto con l'anno precedente. L'attività psicologica, in termini di prestazioni erogate rileva un lieve decremento, mentre il numero complessivo di utenti aumenta del 12%. Aumenta anche l'attività nell'ambito dello Spazio giovani (+7%).

L'attività delle ostetriche, come evidenziato dalla tabella che segue, registra una generale contrazione dei volumi in area di sostegno al puerperio e in riferimento ai percorsi in ambito di assistenza alla gravidanza. L'attività medico ostetrico-ginecologica ambulatoriale rileva invece un incremento complessivo, in particolare: +6% ecografie; +4% prime visite e +1% visite di controllo.

<b>ATTIVITA' PSICOLOGICA</b>				
<b>Consulenze, attività psicologica e di psicoterapia</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
<b>Prestazioni</b>	<b>3.507</b>	<b>3.424</b>	-83	-2%
<b>Utenti</b>	692	773	81	12%
di cui nuovi utenti (che richiedono valutazione e discussione clinica)	324	290	-34	-10%
<b>Spazio giovani</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Colloqui con ragazzi e genitori in accesso diretto, consulenza telematica, accoglienza telefonica delle nuove richieste	345	370	25	7%

<b>ATTIVITA' OSTETRICHE</b>				
<b>Sostegno al puerperio</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Accessi a domicilio	295	164	-131	-44%
Accessi delle puerpere ambulatorio consultoriale	2.308	2.282	-26	-1%
Accessi delle ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	148	126	-22	-15%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	791	545	-246	-31%
Pronto latte (n° telefonate)	1.010	775	-235	-23%
<b>Assistenza in gravidanza</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
1° colloquio in gravidanza	519	662	143	28%
Corso percorso nascita	66	59	-7	-11%
Attività percorso nascita: numero partecipanti	563	489	-74	-13%
<b>ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA</b>				
<b>Specialistica ambulatoriale per esterni</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Var. ass.</b>	<b>Var. %</b>
Ecografia	2.472	2.608	136	6%
Altre prestazioni Terapeutiche	126	123	-3	-2%
Chirurgia Ambulatoriale	5	6	1	20%
Prima visita	3.611	3.747	136	4%
Visita di controllo	2.987	3.025	38	1%
Non codificata: "Valutazione esami"	612	560	-52	-8%
<b>TOTALE</b>	<b>9.813</b>	<b>10.069</b>	<b>256</b>	<b>2,6%</b>

A completamento della rendicontazione degli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016 -2018 relativi all'area consultoriale, si rinvia al documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1):

- Obiettivo: Salute riproduttiva
- Obiettivo: Promozione salute in adolescenza
- Obiettivo: Percorso IVG
- Obiettivo: Contrasto alla violenza.

## 4.2 Integrazione socio-sanitaria

Per quanto riguarda questa area si veda anche il commento all'obiettivo "Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza", di cui al documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1).

Con Deliberazione del Nuovo Circondario Imolese n. 88 del 22/11/2016 si è provveduto all'approvazione del Programma Attuativo 2016 del "Piano salute e il Benessere sociale", nel quale si approvano le risorse per la non Autosufficienza per l'anno 2016. Con tale provvedimento, nell'ambito del finanziamento assegnato (FRNA: € 12.753.226 e FNA: € 932.746) e nel rispetto delle indicazioni regionali (note prot. PG/2016/0518841 del 08/07/2016 e PG/2016/658735 del 11/10/2016), si sono definite le risorse attribuite ai vari interventi/servizi a favore della non autosufficienza.

La programmazione complessiva dell'anno 2016, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di € 14.389.593,89.

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 riporta di seguito il Conto Economico in ordine ai costi e ricavi relativamente alla gestione specifica del FRNA.

<b>Conto economico FRNA (importi/1000)</b>		<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>
<b>A</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>01</b>	<b>CONTRIBUTI C/ESERCIZIO</b>	<b>13.961</b>	<b>14.390</b>
30	<i>Contributi per Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	13.961	14.390
<b>08</b>	<b>ALTRI RICAVI</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
30	<i>Sopravveniente attive ed insussistenze del passivo ordinarie Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	0	0
<b>TOTALE A</b>	<b>[ VALORE DELLA PRODUZIONE ]</b>	<b>13.961</b>	<b>14.390</b>
<b>B</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>09</b>	<b>ACQUISTO BENI DI CONSUMO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
30	<i>Beni non sanitari finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	0	0
<b>10</b>	<b>ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI</b>	<b>13.257</b>	<b>13.432</b>
30	<i>Oneri a rilievo sanitario e rette finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	11.874	12.289
31	<i>Servizi Assistenziali finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	302	300
32	<i>Assegni e contributi finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	1.081	843
38	<i>Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso strutture a gestione diretta dell'Azienda finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	0	0
39	<i>Oneri a rilievo sanitario per assistenza disabili presso strutture a gestione diretta dell'Azienda finanziati dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	0	0
<b>17</b>	<b>ALTRI ACCANTONAMENTI</b>	<b>704</b>	<b>957</b>
01	<i>Altri accantonamenti</i>	704	957
<b>18</b>	<b>ONERI DIVERSI DI GESTIONE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
30	<i>Sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo ordinarie Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</i>	0	1
<b>TOTALE B</b>	<b>[ COSTI DELLA PRODUZIONE ]</b>	<b>13.961</b>	<b>14.390</b>
<b>DIFFERENZA FRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>

## AREA ANZIANI

**Assistenza domiciliare e servizi connessi.** L'assistenza domiciliare nel 2016 ha subito un aumento, rispetto al 2015, legato all'aumento della domanda, per cui la spesa 2016 è stata di € 681.404,35, a fronte di n. 50.272,69 ore, suddivisa tra interventi socio assistenziali e socio educativi, con un aumento, rispetto al 2015, del 1%.

E' proseguito il servizio di pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti. Nel 2016 Sono stati forniti complessivamente n. 41.259 pasti, per una spesa complessiva di circa € 165.040,00. Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente si sono erogati assegni di cura a 234 anziani finanziati per un importo di € 170.940,35, a carico del FRNA e per un ulteriore importo di € 309.544,87, a carico del FNA; a tali importi si aggiunge la spesa per il contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto, finanziata per € 2.465,12 con il FRNA e per un importo di € 66.303,33 con il FNA.

**Assistenza semiresidenziale.** I posti semiresidenziali accreditati sono n. 52 suddivisi nelle 3 sedi: Imola, Castel S. Pietro e Medicina, per un totale di n. 14.455 giornate di presenza, di cui n. 2.696 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 € 370.456,27 (comprensivi delle giornate di effettiva presenza e delle giornate di assenza pagate in forma ridotta).

**Assistenza residenziale.** I posti residenziali accreditati presenti nel territorio aziendale sono 507, così suddivisi:

- n. 489,7 posti residenziali;
- n. 8 posti per ricoveri temporanei post dimissione;
- n. 1,4 posti medi per ricoveri di sollievo dal domicilio (n. 3 utilizzati nel periodo estivo e in occasione di festività);
- n. 2 posti temporanei per anziani con demenza;
- n. 5,9 posti per inserimenti individuali per gravissimi disabili ai sensi della DGR 2068/04.

Complessivamente le strutture hanno rendicontato e fatturato n. 176.979 giornate (in esse sono comprese anche le giornate di assenza pagate in forma ridotta), per un totale di € 6.997.019,63.

Si è registrata un'occupazione media dei posti residenziali del 97,19%.

**Accoglienza temporanea post dimissione.** Le giornate di temporaneità post dimissione nella Casa Residenza per Anziani Fiorella Baroncini di Imola nel 2016 sono state n. 2.831, con una spesa pari a € 353.000,55, a carico del FRNA.

**Accoglienza temporanea di sollievo.** L'accoglienza di sollievo è stata garantita nel 2016 nella Casa Residenza di Imola (Via Venturini) con n. 1,43 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 526 giorni di accoglienza di sollievo per una spesa complessiva a carico del FRNA di € 35.466,14. 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. 7; un ulteriore utente è stato "ospitato" presso il Centro Residenziale Luce sul Mare. Il totale delle giornate è stato di n. 2.179. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità dei gravissimi disabili, a carico dell'apposito finanziamento a valere sul FRNA, è stata di € 130.573,76, mentre a carico del FSR la spesa è stata di € 159.590,43. Nel 2016 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a favore di 24 disabili gravissimi per importo di € 174.094,17.

**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. Sono stati valutati n. 61 utenti ed effettuate 85 sedute della Commissione UVM disabili adulti. 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 2016, di n. 5.477 giornate (per una spesa totale a carico FRNA pari a € 681.997,06); inoltre nel 2016 è proseguito l'inserimento di un assistito con elevato grado di disabilità presso la struttura accreditata Luci sul Mare. Sono state effettuate n. 366 giornate di residenzialità (per una spesa totale a carico FRNA pari a € 39.617,47).

Gli utenti con disabilità di livello medio sono stati inseriti in comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette, in base alla valutazione della commissione UVM: n. 73 utenti per un totale di n. 23.269 giornate (per una spesa totale di € 1.355.742,80).

**Interventi di sollievo a favore di disabili.** Sono stati effettuati n. 4 interventi di sollievo (di cui n. 2 in strutture di Livello Alto), per un totale di 59 giornate con una spesa totale, a carico FRNA, di € 6.428,09.

**Centri socio-riabilitativi diurni e Centri socio-occupazionali.** Nel nostro distretto ci sono 2 centri socio-riabilitativi diurni accreditati dove sono inseriti complessivamente n. 31 utenti, nel 2016 le giornate di frequenza sono state n. 7.350 (per una spesa totale di €. 614.627,18). Ulteriori 9 utenti sono inseriti presso i centri socio-riabilitativi diurni privati e hanno frequentato le strutture per un totale di n. 2.276 giornate (per una spesa totale di € 79.552,90).

Nei centri socio-occupazionali sono stati inseriti n. 78 utenti per un totale di n. 14.685 giornate (con una spesa totale di €. 181.359,27).

**Assistenza domiciliare per disabili ed assegni di cura.** Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativa, socio-assistenziale prestate nel 2016 ammontano complessivamente a n. 24.167,37 (per una spesa totale di €. 336.449,16). Nel 2016 sono stati forniti n. 12.892 pasti, per una spesa totale di € 51.572,00. Sono stati, inoltre, erogati assegni di cura ad assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA (erogati a n. 30 utenti) per un importo complessivo di € 116.852,03. La spesa per il contributo aggiuntivo per assistenti famigliari con regolare contratto per i Disabili è stata di € 2.779,00 ed è stata finanziata dal FNA.

## **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: il Progetto spazio di incontro e confronto denominato "Caffè Alzheimer", coordinato dall'Associazione Alzheimer, portato avanti a Imola, Castel San Pietro Terme e Toscanella di Dozza, 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. Il Progetto "Centro A'Marcord" è proseguito nel 2016 e ha riguardato una media di 10 - 20 anziani presenti giornalmente con una spesa complessiva, a valere sul FRNA, di € 120.806,00.

**Progettualità rivolte alla popolazione disabile.** Di seguito sono elencate le progettualità svolte, nell'anno 2016, a favore della popolazione disabile:

- Progetti individuali di assistenza personalizzata rivolti ad utenti disabili. La spesa complessiva, per la realizzazione di tali progetti, a carico del FRNA, è stata di € 23.866,61.
- 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.
- "Budget di salute". Sono proseguiti, nel 2016, 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 eminentemente socio-assistenziale, sono stati posti a carico del FRNA: in particolare, sono stati erogati n. 1.584 pasti per una spesa totale di € 12.220,00 e n. 1.066 ore di servizi di pulizia, per un totale di € 21.457,68.

## 5. Area della produzione

### 5.1 Riordino assistenza ospedaliera

Per quanto riguarda l'obiettivo di cui sopra si rimanda a quanto rappresentato in ordine all' "Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero", nell'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale (Allegato 1), dove vengono illustrate le azioni avviate e/o proseguite nel 2016 a livello aziendale in attuazione degli atti di programmazione regionale di riordino della rete ospedaliera sulla base delle 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", nonché le azioni di efficientamento effettuate rispetto ad alcuni indicatori di esito.

Anche nel 2016 l'Azienda ha proseguito il lavoro di sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate. Si tratta di soluzioni organizzative non gerarchiche, orientate alla integrazione di competenze ed autonomie diverse, attraverso l'uso di strumenti di integrazione orizzontale, basati sulla partecipazione collaborativa tra pari. Le reti cliniche permettono di meglio garantire gli aspetti di prossimità e di qualità delle cure, migliorando le condizioni di accesso e di presa in carico; nondimeno la messa in condivisione delle risorse e la costituzione di équipes integrate, consentono di sviluppare maggiore efficienza.

Nel corso degli ultimi anni l'AUSL di Imola ha sviluppato il proprio assetto organizzativo attraverso la definizione di Reti cliniche orientate all'integrazione di competenze ed autonomie diverse basate sulla partecipazione collaborativa tra pari strutture di diverse Aziende Sanitarie. Gli accordi di collaborazione riguardano in particolare:

- Struttura semplice interaziendale di Chirurgia Generale nell'ambito dell'Unità operativa complessa di Chirurgia Generale dei trapianti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.
- Struttura semplice interaziendale di Radiodiagnostica nell'ambito dell'Unità operativa complessa di Radiodiagnostica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.
- 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 l'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica e per l'attività di lettura e refertazione delle mammografie in screening.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le funzioni di Genetica Clinica.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per la formazione specialistica nel campo della Chirurgia Laparoscopica Urologica e Ginecologica
- 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.

- L'adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche, secondo il modello Hub e Spoke, istituito in capo all'AUSL di Bologna 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.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia ad essa afferente quale Hub nell'ambito del progetto complessivo del Laboratorio Unico Metropolitan.
- La collaborazione con l'AUSL di Bologna per l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).

I dati di attività dell'esercizio 2016 confermano un trend di mantenimento complessivo della produzione ospedaliera e del relativo indice di dipendenza della struttura dalla popolazione residente, che risulta pari a 74,3% (fonte BD SDO RER), evidenziando un incremento di un punto percentuale rispetto al 2015 (73,3%).

Si segnala, inoltre, una riduzione delle dinamiche di mobilità passiva ed attiva in ambito di degenza ordinaria. In riferimento all'attività territoriale si ricorda che, nell'ambito della rimodulazione dei posti letto dell'Ospedale di Comunità, presso la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme, si è proceduto all'assegnazione di 21 PL di degenza ordinaria costituita dalla Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI) e di 12 PL all'Hospice territoriale per un totale di 33 posti letto territoriali in capo all'Ospedale di Comunità. Di seguito, a completamento, viene illustrata l'attività dei singoli dipartimenti ospedalieri

## **DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE**

Il Dipartimento ha progressivamente realizzato e consolidato nel corso dei recenti anni la modulazione del *setting* assistenziale per intensità di cura. In particolare, attraverso la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale infradipartimentale si è consolidata la possibilità di ricovero di pazienti seguiti da una determinata specialità in qualsiasi posto disponibile in Area Critica.

A seguito di specifico Audit organizzativo interno, il Dipartimento si è posto l'obiettivo di sviluppare l'azione di rafforzamento sul perfezionamento della integrazione orizzontale nelle tre aree di cui si compone: emergenza, degenza e area critica unitamente al perseguimento dell'integrazione verticale delle tre aree al fine di realizzare un servizio di presa in carico globale, multiprofessionale e integrata degli assistiti. In tale contesto, lo sviluppo perseguito prevede anche la definizione 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.

Il DEA ha, inoltre, applicato a regime l'informatizzazione della prescrizione terapeutica di tutti i pazienti dei settori di Terapia Intensiva, Semintensiva, UTIC, Cardiologia e Medicina d'Urgenza.

In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, nel Dipartimento Emergenza Accettazione è stata istituita la "Struttura Semplice interaziendale di Radiodiagnostica" nell'ambito della UO Complessa interaziendale di Radiodiagnostica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna.

In ambito radiologico, si richiamano inoltre i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna avviati con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza, nonché all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Nel corso del 2016, il Dipartimento ha collaborato al progetto di riorganizzazione in sede Metropolitana riguardante il Laboratorio Unico Metropolitan (LUM); al riguardo, dall'1.8.2016 l'Azienda ha attuato il trasferimento delle attività di diagnostica di laboratorio all'AUSL di Bologna, per effetto del quale la produzione per esterni è concentrata presso il Laboratorio *Hub* dell'AUSL di Bologna e l'attività del Laboratorio di Imola (*Spoke*) - con funzionamento H 24 - è rivolta alla copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza. Presso il Laboratorio *Hub* dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna sono stati invece allocati gli ambiti di produzione afferenti al settore della Microbiologia. Nell'ottica del consolidamento si richiama inoltre l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).

E' proseguita, nel 2016, l'attività del Dipartimento nella gestione del *Bed Management Aziendale*, progetto avviato nel 2015, che vede il management infermieristico e lo sviluppo di collaborazione integrata con gli altri Dipartimenti ospedalieri in seno ai quali è stata individuata una figura medica specifica di riferimento.

#### **DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO**

Per effetto del nuovo assetto dipartimentale attuato nel 2015, il Dipartimento ha assunto la denominazione di Dipartimento Medico-Oncologico. A partire dal mese di maggio 2016, è stata implementata una nuova riorganizzazione delle degenze internistiche che ha modificato ulteriormente l'assetto organizzativo del Dipartimento medico oncologico (Deliberazione n. 51 del 29 aprile 2016) 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 66 posti letto, assegnati alla UOC di Medicina A (58 PL), UOC Nefrologia (4 PL), UOC Gastroenterologia (4 PL), con conseguente soppressione della UOC di Medicina 1 e ridenominazione della UOC di Medicina 2. Tale area di degenza 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 31 PL di cui 24 PL assegnati alla SSD Medicina B (ex SSD Minore Intensità Clinica) e 7 PL assegnati alla UOC di Oncologia. La caratterizzazione specialistica dell'area si completa con la disciplina di infettivologia.

L'attuale assetto è quindi così costituito: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Medicina A, SSD Medicina B, UOC Geriatria e Lungodegenza, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Gastroenterologia, UOC Pediatria, UOC Genetica, SSD Neurologia.

Nell'ultimo triennio, il Dipartimento ha, pertanto, sviluppato un percorso di innovazione organizzativa, ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale e alla qualificazione specialistica della degenza internistica. Si richiamano in tal senso i posti letto di ricovero ordinario dedicati alle discipline di Gastroenterologia, Nefrologia, Oncologia, nonché la qualificazione di posti letto dedicati alla riabilitazione ospedaliera (estensiva/intensiva) e all'orto-geriatria.

In tale contesto, il Dipartimento ha posto in essere la sperimentazione di un idoneo strumento, collegato alla cartella informatizzata, per la definizione del carico assistenziale, a supporto della definizione dei percorsi dei pazienti al fine di una presa in carico efficace ed efficiente degli assistiti, portato a regime per tutte le degenze.

In attuazione della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia Romagna", ha avviato l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale/Day service che si è consolidato a partire dall'1.1.2017.

Con riferimento alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, il Dipartimento costituisce un ambito di rilevante coinvolgimento nella gestione di tale risorsa. Al riguardo, si deve evidenziare l'impegno del Dipartimento nel governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo, (Epatite C, Oncologici, Immunosoppressori, etc.), attraverso gli strumenti del governo clinico e il costante monitoraggio in collaborazione con la Direzione Farmaceutica e la Direzione Medica.

Sotto il profilo dell'appropriatezza e dei consumi si richiama il buon risultato di governo relativo all'utilizzo degli antibiotici sistemici. E' proseguita nel 2016 la partecipazione del Dipartimento nello sviluppo delle relazioni Hub & Spoke, secondo la programmazione aziendale, tra cui, in particolare la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per l'attivazione dei percorsi STAM e STEN, ai sensi della DGR 1603/2013, per l'assistenza intensiva perinatale e pediatrica; la definizione delle relazioni con i centri Hub per toracosopia e diagnostica endoscopica; la definizione delle relazioni nell'ambito delle reti oncologiche metropolitane (ROM).

## **DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

Il Dipartimento Chirurgico, per effetto dell'assetto dipartimentale assunto dal 2015, è costituito dalle seguenti unità organizzative: SSiA Chirurgia generale, SSD Breast Unit, UOC Day Surgery-Chirurgia generale, UOC Ortopedia, UOC Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, SSiD Polo Day Surgery polispecialistico Castel S. Pietro Terme, UOC Ginecologia-Ostetricia, UOC di Anatomia Patologica, SS Centrale di Sterilizzazione e comprende, inoltre, il Programma Blocco Operatorio.

Nell'ultimo biennio il Dipartimento Chirurgico è stato caratterizzato dallo sviluppo dell'organizzazione della chirurgia generale per articolazioni specialistiche, secondo il modello delle reti cliniche integrate di ambito metropolitano, pervenendo alla istituzione della Struttura Semplice interaziendale di Chirurgia Generale, ricompresa nell'ambito della UOC di Chirurgia Generale e dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, a direzione universitaria. Nell'ambito del Dipartimento è stato, altresì, istituito il Polo di Day Surgery polispecialistico di Castel S. Pietro Terme per tutte le discipline chirurgiche in collaborazione integrata con il Dipartimento Emergenza-Accettazione.

Con riferimento al modello delle reti cliniche, si richiama 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 nonché la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Bologna per la formazione specialistica nel campo della Chirurgia Laparoscopica Urologica e Ginecologica.

Si confermano, inoltre, i rapporti di collaborazione mediante convenzione con l'UNIBO per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e Chirurgia Generale.

Nell'ambito dei progetti di Area Vasta, si richiama l'impegno della Unità Operativa di Anatomia Patologica nella progressiva attuazione del progetto di centralizzazione delle determinazioni HPV presso il Laboratorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e la relativa armonizzazione della funzione di screening.

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

La rendicontazione e il commento in ordine all'obiettivo in questione, così come declinato nel Piano della Performance 2016-2018, viene ripreso nell'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1), al quale si rimanda:

- Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza
- Ospedali di Comunità
- Cure Primarie
- Valutazione e qualità delle cure primarie.

### **CURE PRIMARIE**

Il Dipartimento Cure Primarie ha svolto un ruolo primario, nel raccordo tra Ospedale e Territorio 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). Si richiama, inoltre, l'attività di integrazione attuata con il Dipartimento di Sanità Pubblica per la riorganizzazione delle prestazioni vaccinali in età pediatrica.

In continuità e sviluppo con l'impianto di azioni avviato, è proseguita nel 2016 l'attività del DCP negli interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG, per i quali si evidenziano in particolare:

- Il progetto di presa in carico del paziente cronico complesso per i profili di Diabete, Scopenso e BPCO nell'ambito delle Case della Salute con la previsione di ampliamento del novero delle collaborazioni con i MMG e dell'adozione della Carta Cardiovascolare. Sul tema del paziente cronico complesso si richiama inoltre 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.
- La sistematizzazione dei percorsi per la gestione del paziente cronico complesso per BPCO, Scopenso, Diabete mediante un ambito composito di interventi che ricomprendono iniziative formative, autonomizzazione dei MMG per le prestazioni di ECG e Spirometria e strutturazione percorsi di relazione per la consulenze specialistiche.

- Utilizzo dei dati "Profilo di Nucleo", documento informativo regionale, al fine di supportare l'analisi dei dati e individuare interventi di miglioramento, quali: follow up del paziente diabetico, IM, BPCO e Scompenso.

Di particolare rilevanza il ruolo delle Cure Primarie nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale, ambito che costituisce uno dei principali obiettivi strategici aziendali, sul quale l'Azienda è impegnata a perseguire un maggior grado di miglioramento. A tal fine, il DPC 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 l'andamento della spesa farmaceutica e la specificità delle prescrizioni.

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. Sul tema si richiama, inoltre, il contributo del DCP all'attività di Erogazione Diretta dei farmaci per la presa in carico di pazienti cronici BPCO – Scompenso – Diabete nell'ambito delle Case della Salute.

Altrettanto rilevante l'apporto del DCP nella definizione e nel monitoraggio di tutto l'ambito di azioni connesso al Governo dei tempi di attesa, in collaborazione con il Direttore del Distretto, per i cui obiettivi si rimanda al paragrafo specifico.

Presso l'AUSL di Imola operano 95 medici di medicina generale che assistono complessivamente una popolazione pari a 115.116 unità e 21 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 16.554 unità.

## **CASE DELLA SALUTE**

L'ambito delle **Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina** costituisce una delle Aree funzionali del nuovo assetto aziendale vigente dal 2015 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; esso è finalizzato a costituire luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, ove si concretizza l'accoglienza, rispondendo alla domanda di salute tramite l'accesso a servizi sanitari di primo livello medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a basso impatto tecnologico, l'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello, nonché l'orientamento ai servizi secondo una logica di integrazione con i soggetti operanti nel territorio: Medici di Medicina generale, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri.

Le attività che scaturiscono dal modello organizzativo sono rappresentate sotto forma di unità di budget specifica i cui obiettivi afferiscono in correlazione integrata anche ai Dipartimenti territoriali coinvolti; gli obiettivi avviati e progressivamente realizzati riguardano:

- 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.

## **CURE INTERMEDIE**

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi in entrata e in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure. L'ospedale si configura come il *setting* assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure; il territorio rappresenta invece il *setting* complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

**L'Ospedale di Comunità** (OS.CO.), istituito nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme, offre 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.

A partire dal 2015, l'OS.CO., cui afferisce budget specifico nell'ambito del DCP, 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 nel corso del 2016 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.

La Struttura Residenziale di Cure Intermedie è stata collocata nei locali ristrutturati della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e da Ottobre 2016 è stata riattivata la completa dotazione dei posti letto (21 PL).

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 dell'Hospice territoriale presso la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme (12 PL).

### 5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute

Con DGR n. 771/2015 la Regione Emilia Romagna ha approvato il **Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**. Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccorderle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'Azienda ha elaborato il "Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018" (PLA). 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. Il Piano (PLA) esplicita la struttura organizzativa locale in termini di responsabili, coordinatori, gruppi di lavoro, ecc., nonché i progetti di intervento specifici correlati ai 6 programmi/setting di intervento, di seguito dettagliati:

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

L'attuazione del PLA prevede il coinvolgimento di tutti Dipartimenti aziendali ed in particolar modo del Dipartimento di Sanità Pubblica che ne coordina l'attuazione complessiva.

Si rimanda all'Allegato 1 relativo alla rendicontazione degli obiettivi previsti a livello di programmazione regionale per l'anno 2016, in merito ai seguenti obiettivi:

- Obiettivo: Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015 - 2018
- Obiettivo: Sanità Pubblica
- Obiettivo: Epidemiologia e sistemi informativi
- Obiettivo: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni
- Obiettivo: Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione
- Obiettivo: Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie.

**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 sottoriportata derivano da una rilevazione puntuale al 01/01/2017. Per lo screening del colon-retto la rilevazione è stata effettuata sugli inviti al 30 giugno 2016 con adesione fino al 30 novembre 2016. Per quanto riguarda l'avanzamento e l'adesione ai programmi si registrano dati in linea e in diversi casi superiori alla media regionale.

Tab. 1P - Programmi regionali screening: 2014 - 2016

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2014		2015		2016	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	96,6%	98,5%	98,9%	99,0%	98,6%	98,8%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	99,5%	96,1%	99,5%	98,2%	100,0%	96,8%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	99,3%	97,4%	99,7%	96,9%	100,0%	96,3%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	99,2%	97,4%	99,6%	94,1%	100,0%	97,0%
	Screening Colon Retto	90,9%	92,7%	95,1%	93,6%	96,1%	93,4%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	67,1%	59,2%	65,1%	59,5%	63,2%	60,6%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	74,9%	71,4%	75,0%	69,4%	76,8%	68,9%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	73,7%	72,1%	71,6%	72,5%	74,5%	73,7%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	72,9%	70,9%	70,5%	72,5%	73,5%	73,4%
	Screening Colon Retto	57,3%	54,8%	56,7%	54,5%	56,0%	55,1%

**Vaccinazioni infantili.** Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili, l'AUSL di Imola, in ordine alle quali si rimanda all'allegato 1 alla presente relazione, si evidenzia che nel 2016 l'Azienda imolese risulta la più virtuosa a livello regionale per la copertura delle quattro vaccinazioni obbligatorie al ventiquattresimo mese (antidifterica, antiapatite B, antipolio e antitetanica), con un 94,5% dei bambini vaccinati. Leggermente in flessione rispetto al 2015, la copertura delle vaccinazioni raccomandate al compimento del 2° anno di vita, seppur, l'AUSL di Imola mantiene buoni valori di copertura.

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

### 6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Nel 2016 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 ed approvato (deliberazione 11 del 17.01.2017).

L'Azienda ha mantenuto anche nell'anno 2016 la rete dei referenti *Incident Reporting* e quindi il sistema di segnalazione, nonché ha garantito il flusso SIMES, con il puntuale caricamento dei dati nel data base regionale. Sono state adottate in tutte le specialità chirurgiche, le schede SOS NET 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.

E' 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. In particolare, si è provveduto a:

- pubblicazione e diffusione della procedura aziendale prevenzione violenza su operatore;
- revisione procedura allontanamento paziente da struttura sanitaria;
- revisione e diffusione della procedura di gestione in sicurezza delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro a cui hanno fatto seguito n. 3 eventi formativi;
- recepimento della procedura provinciale gestione della terapia trasfusionale con progettazione di evento formativo per anno 2017.

Infine, è stato elaborato un Piano per la prevenzione delle cadute e si è attivato un Tavolo multidisciplinare per l'applicazione delle Linee Guida Regionali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza. L'Azienda ha partecipato nel 2016, al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza. Il risultato 2016 ha visto il raggiungimento totale dell'obiettivo con una sorveglianza che ha raggiunto il 100% degli interventi non ortopedici in elezione.

Per quanto riguarda la partecipazione al flusso "*Laboratori – LAB del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali*"; l'invio quadrimestrale è stato regolarmente effettuato fino a giugno 2016. Successivamente, a seguito della cessione del ramo d'azienda del Laboratorio Analisi, l'adempimento è passato all'Unità Operativa Batteriologia dell'AOSP di Bologna.

Il consumo di soluzione alcolica quale indicatore dell'adesione all'igiene delle mani per il primo semestre 2016 è risultato pari a 20 litri per 1.000 giornate di degenza.

Nel 2016, inoltre, l'applicazione MAppER è stata sperimentata e gli operatori che rilevano l'adesione all'igiene delle mani sono stati opportunamente formati. Per l'anno 2017 si è provveduto al noleggio di supporti informatici (tablet) per consentire l'uso routinario dell'applicazione in modo da digitalizzare il flusso dei dati vs Regione Emilia Romagna.

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' stata inoltre garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da C.P.E. con regolare compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert).

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento. L'Area Accreditamento e Qualità nel 2016 ha pianificato e organizzato l'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. Nel corso del 2016 le Unità Operative oggetto di verifica ispettiva interna sono state quelle afferenti al Dipartimento Emergenza Accettazione. La Direzione del Dipartimento ha deciso di sperimentare il nuovo modello di accreditamento previsto dalla DGR 1604/2015 ed ha prodotto una check-list di autovalutazione ai fini di misurare l'avvicinamento ai requisiti e relative evidenze previste dall'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012. Oltre all'autovalutazione su check list, il DEA ha elaborato e presentato la revisione del Manuale Qualità in coerenza con gli 8 criteri previsti dalla nuova normativa.

Le verifiche ispettive interne hanno generato un ottimo spirito di collaborazione tra gli operatori, valutati e valutatori, stimolando l'applicazione degli strumenti tipici del modello di gestione in qualità e facilitando l'individuazione, la pianificazione e la messa in atto, ove necessario, di azioni e progetti di miglioramento. Inoltre, nel corso dello stesso anno:

- la Banca delle Cornee afferente all'Unità operativa di Oculistica è stata oggetto di rinnovo documentale della certificazione esterna del Centro Nazionale Trapianti;
- la S.S.D. Centro raccolta sangue e Immunoematologia è stata accreditata nel contesto dell'accREDITAMENTO regionale del Sistema sangue provinciale (SIMT AMBO).

In Azienda è proseguita, nel 2016, l'attività in ordine alla gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile (Deliberazione 165 del 18.11.2014). Si rimanda, per una informazione più esaustiva e completa all'Obiettivo: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri" di cui all'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1).

## **6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco**

Come mostra la tabella sottostante, la spesa farmaceutica complessiva registra nel 2016, rispetto al 2015, un incremento del 5,2%, a fronte di un incremento medio regionale del 3,6%. 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 2015, pari a -1,0% (€ -165.450), a fronte di una riduzione media regionale pari a -3,9%. Se si considera la relativa spesa netta pro-capite pesata della farmaceutica convenzionata, per il 2016, risulta pari a € 128,99 a fronte di una spesa netta pro-capite pesata regionale di € 113,29.

Per quanto riguarda la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A si registra un incremento del 18%, contro un incremento medio regionale pari a 8,9%.

La spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A) rileva per l'AUSL di Imola un valore pro capite pari a € 178,37, rispetto ad un valore pro capite regionale di € 173,78.

Si rimanda, per un dettaglio sui singoli andamenti, all'Allegato 1, in relazione al "Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'allegato B della DGR 1003/2016" e allo specifico obiettivo "Spesa farmaceutica convenzionata, territoriale ed acquisto ospedaliero di farmaci e dispositivi medici".

<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA</b> (Fonte dati: Reportistica RER)	2015	2016	var % 2016 - 2015	var % Media RER 2016 - 2015
<b>Farmaceutica convenzionata</b>	€ 17.381.123	€ 17.215.673	-1,0%	-3,9%
<b>Acquisto Ospedaliero</b>	€ 16.415.813	€ 18.476.642	11,6%	8,7%
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA</b>	<b>€ 33.796.936</b>	<b>€ 35.692.315</b>	<b>5,2%</b>	<b>3,6%</b>
<b>Acquisto Ospedaliero</b>	2015	2016	var % 2016 - 2015	var % Media RER 2016 - 2015
<b>Totale Acquisto Ospedaliero</b>	<b>€ 16.415.813</b>	<b>€ 18.476.642</b>	<b>11,6%</b>	<b>8,7%</b>
<i>di cui</i>				
Consumi interni	€ 6.109.907	€ 6.877.645	9,9%	6,5%
Diretta ex Osp 2	€ 4.712.022	€ 5.008.459	6,3%	11,8%
DD Fascia A	€ 5.593.884	€ 6.590.539	18,1%	8,9%

<b>Spesa Convenzionata netta pro capite pesata</b>	2015	2016	var 2016 - 2015	var % 2016 - 2015
Spesa netta pro capite pesata	€ 130,17	€ 128,99	-€ 1,18	-€ 0,01
Media RER	€ 117,92	€ 113,29	-€ 4,63	-€ 0,04
Scostamento da media regionale	€ 12,25	€ 15,71		
<b>Spesa Territoriale netta pro capite pesata</b> (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2015	2016	var 2016 - 2015	var % 2016 - 2015
Spesa netta pro capite pesata	€ 172,07	€ 178,37	€ 6,30	3,7%
Media RER	€ 173,39	€ 173,78	€ 0,39	0,2%
Scostamento da media regionale	-€ 1,32	€ 4,59		

## 7. Area dell'organizzazione

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

Nel corso del 2016 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 sono i seguenti:

- Laboratorio Unico
- Integrazione Servizi trasfusionale
- Commissione del Farmaco AVEC
- Integrazione servizi tecnico amministrativi: centralizzazione logistica
- Centralizzazione del percorso di screening con test test DNA-HPV
- Progettazione Rete Percorso Nascita
- Attività Dipartimenti Cure Primarie per allineare in AVEC gli accordi con i MMG
- Piattaforma ICT per Anatomia Patologica
- Progetto Provveditorato Unico
- Gestione dei sinistri
- Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza
- Applicazione normativa Privacy
- Formazione;
- Piattaforma ICT per diagnostica per immagini (PACS - RIS)
- Costituzione Commissione Dispositivi Medici AVEC.

Nel documento Allegato 2 "**Rendicontazione attività AVEC 2016**" vengono rendicontate le attività di tutti i progetti/linee di lavoro AVEC sopra elencati. Per ulteriori commenti in ordine alla valutazione dell'obiettivo in questione, si rimanda, all'Allegato 1 sulla rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016, in particolare:

- Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile
- Il governo del processo di acquisto di beni e servizi.

## **7.2 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento dell'accessibilità ai servizi**

In linea con la programmazione pluriennale, nell'anno 2016 sono stati portati avanti diversi progetti che hanno avuto origine negli anni precedenti. Tra questi assumono particolare rilevanza: il progetto di sostituzione delle anagrafi aziendali della Medicina di Base con l'anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA), il completamento del progetto di un sistema unico AVEC di Anatomia Patologica che ha visto la sua estensione anche agli Istituti Ortopedici Rizzoli e l'estensione anche all'area metropolitana bolognese del progetto dello screening HPV primario.

Altri progetti che hanno una loro peculiare collocazione nell'anno 2016 sono: il progetto di Laboratorio analisi unico di AVEC per il quale sono state completate le attività di migrazione degli esami e dei punti prelievo di Imola e IOR verso il Maggiore ed è stato realizzato il collegamento tra il sistema DNLab unico metropolitano LUM con l'anagrafe regionale unica della medicina (ARA).

Il sistema, inoltre, è stato integrato attraverso la componente HALIA con la nuova strumentazione Beckman presso gli Spoke dell'AUSL di Bologna e con Dasit per l'ematologia a Ferrara e Bologna S. Orsola.

Anche in ambito di medicina trasfusionale, in attesa dell'espletamento della gara regionale, si è realizzata l'integrazione con l'anagrafe regionale unica della medicina (ARA). E' stata attivata l'integrazione tra il gestionale del Servizio Trasfusionale e il Fascicolo Sanitario Elettronico per la trasmissione on line dei referti ai donatori.

E' stato ulteriormente avanzato il progetto di unificazione dei flussi documentali amministrativi (progetto BABEL) che, nel corso del 2016 ha visto l'attivazione della nuova piattaforma unica alle Aziende Sanitarie USL di Imola, Ospedaliero Universitaria di Bologna e agli Istituti Ortopedici Rizzoli.

In continuità con gli anni precedenti per i progetti regionali, si è cercato in ambito del gruppo ICT AVEC di dare una risposta il più possibile uniforme, compatibilmente con le diverse strategie aziendali. In particolare il progetto di avvio della nuova procedura regionale unica di Gestione delle Risorse Umane denominata GRU, ha visto tutte le Aziende Sanitarie di AVEC coinvolte nel primo gruppo di Aziende attivate al 1 gennaio 2017.

Inoltre, il gruppo ICT AVEC per mezzo di referenti appositamente individuati di volta in volta hanno preso parte ai seguenti diversi tavoli di lavoro regionali: Tavolo Privacy, Cabina di regia progetto ARA, Gruppo Strategico ICT, Gruppo di lavoro per la definizione delle linee guida delle Cartella Clinica Elettronica e Gruppo di lavoro per la definizione delle linee guida del software gestionale per l'area del DAISMSP.

Infine, si è proceduto alla valutazione degli standard di servizio erogati dal fornitore del nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta.

### **Descrizione sintetica progetti**

1. Sostituzione delle anagrafi aziendali della Medicina di Base con l'anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA).

Obiettivo: implementare presso le Aziende Sanitarie USL di AVEC il software per la gestione della nuova anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA). A oggi ARA è stata attivata presso: l'AUSL di Bologna; l'AUSL



di IMOLA; l'AUSL di Ferrara, e successivamente sono stati integrati i sistemi di anagrafe MPI: UnixMpi di AVEC; APC di Imola e Ferrara e le Anagrafi Comunali per la gestione delle movimentazioni dei cittadini.

## 2. Integrazione referti Sistema Trasfusionale con FSE donatori

Obiettivo: realizzazione dell'invio dei referti degli esami di routine prodotti dal Centro Trasfusionale sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dei donatori.

Nel corso del 2016 è stata avviata l'integrazione per spedire i referti del trasfusionale al FSE (esami di routine). L'AUSL di Bologna ha fatto da Hub per l'AVEC ed è partita nel corso dell'anno. Nel corso del 2017 l'integrazione sarà estesa anche alle altre Aziende Sanitarie di AVEC.

## 3. Anatomia Patologica

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida unica anagrafe, unica configurazione e uniformazione dei format dei referti secondo le indicazioni regionali (check list). Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti attività: attivazione del sistema presso l'anatomia patologica degli Istituti Ortopedici Rizzoli; estensione alle altre aziende di AVEC per la parte di integrazione con i sistemi di *order entry* e di gestione dello screening con metodologia HPV primario. Infine, per quanto riguarda l'implementazione delle nuove check list per la refertazione si è in attesa di indicazioni per l'implementazione del modello condiviso delle check list regionali con i referenti di tutti i laboratori di anatomia del progetto AVEC.

## 4. Laboratorio Analisi unico AVEC

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida un'unica anagrafe, un'unica configurazione e l'uniformazione delle metodiche di lavoro nelle aziende AVEC. Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti ulteriori attività:

- Avviamento catena Beckman attraverso HALIA AVEC al S. Orsola.
- Avviamento nuova strumentazione Dasit attraverso HALIA AVEC per ematologia (catena e strumenti singoli, con gestione anche delle immagini) presso S. Orsola e presso Spoke Ferrara
- Avviamento strumentazione Beckman attraverso HALIA AVEC ad Imola
- Avviamento nuova strumentazione Beckman attraverso HALIA AVEC presso Spoke (Loiano, Bazzano, Porretta, Vergato, Bentivoglio, San Giovanni in Persiceto)
- Collegamento ARA-DNLab LUM
- Spostamento esami e Punti Prelievo di Imola verso Maggiore
- Spostamento di esami Rizzoli verso Maggiore
- Creazione Zona DNLab ad hoc per Screening Neonatale, distinta dal laboratorio

## 5. Progetto regionale GRU

Obiettivo: attivare la nuova procedura software regionale per la Gestione delle Risorse Umane presso tutte le Aziende Sanitarie di AVEC. Nell'ambito dei lavori coordinati dalla Regione e da Cup2000, le Aziende sanitarie di AVEC sono state coinvolte nelle seguenti attività di configurazione ed avvio del nuovo software avvenuto il 1 gennaio 2017: allineamento dei cataloghi, del Data Dictionary; completamento del data dictionary regionale (ambito: economico, giuridico, presenze e assenze); allineamento dei cataloghi aziendali alle tabelle regionali del data dictionary. Invio specifiche e ordini di fornitura ai fornitori delle aziende del I Lotto

per il porting dei dati dalle attuali procedure aziendali verso il nuovo gestionale di GRU denominato WHRTime. Collaudo dell'infrastruttura HW e rete sul sito di produzione di GRU presente nel Data Center di Lepida (Ravenna). Pre-collaudo della maggior parte dei moduli funzionali che afferiscono al GRU. Deployment delle aziende AVEC per i principali moduli applicativi di GRU (giuridico, economico, presenze-assenze, portale del dipendente, trasparenza, modulo formazione, turni) per l'avvio in produzione.

#### 6. Sistema di help desk unico di area vasta

A un anno dall'avvio del servizio, si è proceduto alla valutazione degli standard di servizio erogati dal fornitore del nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta.

Il gruppo ICT AVEC si è incontrato per valutare l'andamento del servizio di HD per l'anno 2016 con particolare riferimento alle variazioni riscontrate negli ultimi mesi. In particolare, nel terzo e quarto trimestre del 2016 si è registrato che i dati hanno evidenziato la riduzione apprezzabile del volume complessivo delle chiamate, un netto miglioramento sia dei tempi medi di risposta sia del numero di chiamate servite nel terzo trimestre e che sono in leggero calo anche i contatti tramite canali alternativi.

Sulla base di tali risultanze sono stati concordati degli interventi migliorativi per il 2017 per quanto riguarda un maggiore utilizzo dei canali alternativi alle telefonate, quali mail e segnalazione da portale, per la raccolta delle richieste di intervento e una diversa distribuzione del traffico telefonico in entrata tra l'area metropolitana bolognese e l'area ferrarese.

Si rimanda, inoltre, a quanto riportato all'allegato 1) documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 all'obiettivo: "Piattaforme logistiche ed informatiche" e all'allegato 2) di rendicontazione dei risultati relativi all'attività di integrazione di AVEC in ordine ai progetti ICT.

### **7.3 Adempimenti nei flussi informativi**

Parimenti per quanto riguarda il presente obiettivo si rinvia all'Allegato 1) di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 ai paragrafi:

- Obiettivo: Miglioramento del sistema informativo contabile
- Obiettivo: Piattaforme logistiche ed informatiche.

## 8. Valorizzazione del capitale umano

La valorizzazione del "capitale umano" anche nel 2016 ha trovato concretizzazione 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 idonee a garantire il fare bene le cose giuste, 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 La formazione aziendale

**Formazione continua.** Il programma formativo presentato ed attuato nell'anno 2016 risponde all'obiettivo strategico trasversale di integrazione. Il progetto identifica la cooperazione tra le diverse organizzazioni e le molteplici professioni coinvolte nella produzione di servizi socio sanitari come determinante della loro qualità e della rispondenza alle aspettative dei destinatari.

Gli obiettivi formativi generali perseguiti sono:

- sviluppare un processo di analisi e progettazione partecipata di soluzioni metodologiche e strumentali in grado di favorire miglioramenti dei processi di produzione integrata di servizi sociosanitari nel territorio del Distretto del NCI;
- condividere una prospettiva di identificazione e rappresentazione degli esiti degli interventi sociosanitari e sperimentarne l'applicazione;
- individuare indirizzi di sviluppo tecnico e organizzativo realistici, in grado di incrementare le esperienze di coprogettazione, con particolare attenzione ai livelli di cooperazione interni ed esterni e alla qualità dei servizi erogati;
- realizzare un report conclusivo contenente gli esiti del lavoro di analisi e progettazione e specifiche indicazioni per la realizzazione delle successive sperimentazioni;
- favorire il consolidamento all'interno del sistema di servizi sociosanitari operanti nel territorio del Distretto del NCI di un comune orientamento culturale e metodologico in tema di integrazione.

I destinatari sono professionisti dell'AUSL di Imola, provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Cure Primarie, dall'Azienda di Servizi alla Persona e dal privato sociale.

Le categorie professionali coinvolte: Medici, Infermieri, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Logopedisti, Educatori Professionali, MMG, Psicologi.

Il percorso si è sviluppato come previsto in fase progettuale. Sono state realizzati n. 9 eventi formativi caratterizzati dal trasferimento dell'apprendimento al contesto lavorativo e per tutti si è provveduto alla misurazione dell'efficacia delle azioni formative messe in campo.

**Formazione "in cifre".** L'AUSL di Imola ha realizzato 237 iniziative formative rivolte al personale dipendente (143 residenziali, 72 di formazione sul campo, 16 blended, 6 FAD) che hanno dato origine a 594 edizioni (registrando rispetto all'anno precedente un + 97 ed.), di cui 578 accreditate (registrando rispetto all'anno precedente un +98 ed.); 16 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM.

L'incremento registrato del numero dei corsi realizzati, pur in presenza di una contrazione delle partecipazioni e delle ore di formazione, è da imputare alla necessità di aumentare l'offerta per garantire la partecipazione, a seguito dei limiti imposti dalla legge 161 sull'orario di lavoro, dei dipendenti ai corsi di formazione.

E' stata altresì garantita attività di Provider ECM per eventi formativi promossi dall'Agencia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna, nonché da Montecatone R.I. In qualità di Provider sono state processate complessivamente n. 86 edizioni. L'AUSL di Imola ha, inoltre, progettato e realizzato 2 corsi dedicati a cittadini e volontari del territorio, riguardanti diversi temi tra cui quello della sicurezza sviluppati su 7 edizioni. Complessivamente sono state realizzate n. 687 edizioni (+107 rispetto all'anno precedente), come rappresentato nella Tabella che segue.

FORMAZIONE 2016	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi accreditati per Montecatone		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale Corsi	Totale Edizioni
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni		
<b>Residenziale ECM</b>	135	387	2	4	29	50	2	7	<b>168</b>	<b>448</b>
<b>Residenziale NON ECM</b>	8	11			1	1			<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Sul campo ECM</b>	71	155			2	31			<b>73</b>	<b>186</b>
<b>Sul campo NON ECM</b>	1	1							<b>1</b>	<b>1</b>
<b>FAD</b>	5	5							<b>5</b>	<b>5</b>
<b>FAD NON ECM</b>	1	4							<b>1</b>	<b>4</b>
<b>BLENDED ECM</b>	16	31							<b>16</b>	<b>31</b>
<b>Totale</b>	<b>237</b>	<b>594</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>82</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>273</b>	<b>687</b>

A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata il "monte crediti" erogato, per i dipendenti con obbligo ECM, è pari a 55.976 con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 47,2 in decremento anch'esso, in linea con tutti gli altri valori registrati, ma comunque in eccesso rispetto alle indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione. I dati riportati in Tabella fanno riferimento a quanto registrato al 05/04/2016: 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.

Anno	N.ro Crediti Erogati al 31/12			Totale Crediti Erogati	Totale Dipendenti Ruolo Sanitario	Credito Minimo	Valore Assoluto	Rapporto
	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati					
<b>2014</b>	72.146	15.683	5.148	92.977	1.200	30	36.000	60,1
<b>2015</b>	61.690	14.486	3.391	79.567	1.186	25	29.650	52,0
<b>2016</b>	55.976	9.980	2.837	68.792	1.186	25	29.650	47,2

I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2016 evidenziano n. 162 dipendenti a cui sono stati affidati incarichi di docenza per la formazione continua; n. 321 dipendenti a cui sono state affidate funzioni di *tutoring* per la formazione continua, iniziative di formazione sul campo; n. 362 professionisti esterni a cui sono stati affidati complessivamente incarichi di docenza/relatore e tutoraggio.

<b>N.ro professionisti 2016</b>	<b>Dipendenti</b>	<b>Non Dipendenti</b>	<b>Convenzionati</b>	<b>Totale</b>
<b>Docenti</b>	162	176	3	<b>341</b>
<b>Tutor</b>	321	182	1	<b>504</b>
<b>Totale</b>	<b>483</b>	<b>358</b>	<b>4</b>	<b>845</b>

Si riportata di seguito la spesa per la Formazione 2016 che, rispetto ai complessivi previsti € 305.000, è stata di € 271.656 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e di ulteriori € 66.570 da Fondi vincolati/Finalizzati, per un totale di € 338.225 comprensivo altresì dei costi per la formazione del personale Convenzionato. Migliorata l'efficienza nell'utilizzo del budget dedicato alla formazione: è stato speso l'82,50% del budget assegnato (contro il 79% dell'anno precedente). La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata in Tabella.

<b>Spesa per formazione 2016</b>	<b>Da budget</b>	<b>Fondi Vincolati</b>	<b>Totale</b>
Formazione Interna	€ 102.148	€ 53.942	<b>€ 156.090</b>
Formazione Esterna	€ 58.719	€ 8.448	<b>€ 67.167</b>
Formazione interna personale Convenzionato	€ 7.629		<b>€ 7.629</b>
Biblioteca	€ 103.160	€ 4.180	<b>€ 107.340</b>
<b>Totale</b>	<b>€ 271.656</b>	<b>€ 66.570</b>	<b>€ 338.226</b>

## 8.2 La sicurezza del lavoro

**Sorveglianza sanitaria e malattie professionali.** Nel 2016 i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria sono stati complessivamente 418 di cui 216 visite periodiche; i lavoratori idonei sono risultati 236, mentre 42 hanno prescrizioni o limitazioni, 4 sono temporaneamente non idonei alla mansione e uno permanentemente non idoneo. Oltre alla sorveglianza sanitaria vengono annualmente visitati tutti gli studenti che iniziano il tirocinio in ambito sanitario.

<b>Sorveglianza sanitaria 2016</b>	<b>Visite</b>
N° visite effettuate	680
N° visite periodiche	216
N° visite preventive + visite a richiesta	464

**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 aziendale 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 avverrà 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 corsi di guida sicura per tutti gli operatori che utilizzano automezzi e nel 2017 saranno organizzate ulteriori iniziative di formazione.

<b>Sorveglianza sanitaria</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Lavoratori assicurati INAIL	1.783	1.750	1.746
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.774	1.735	1.730
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	503	499	418
Lavoratori idonei alla mansione specifica	308	259	236
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	14	10	33
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	26	10	9
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	6	2	4
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	2	3	1
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	88	83	70
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	16	16	23
Infortuni a matrice biologica	43	33	44
Totale infortuni denunciati	113	132	95
Totale di giornate di assenza per infortunio	2.100	1.716	1.761

### **8.3 Il sistema di valutazione individuale della performance**

Nell'anno 2016, a seguito della deliberazione n. 2 del 15.1.2016 di approvazione del regolamento aziendale "Valutazione integrata della performance e delle competenze", nell'AUSL di Imola sono state implementate nuove modalità di valutazione della dirigenza. Il tema della valutazione individuale della performance, negli ultimi anni, ha dato avvio ad un periodo di profondo cambiamento, nell'AUSL di Imola, per quanto riguarda i processi di valutazione della performance della dirigenza e in parte anche del personale del comparto.

Dal 2013, a seguito della delibera n. 26 del 6.3.2013 assunta alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. 150/2009, in Azienda è stato avviato, in via sperimentale, un percorso rivolto all'introduzione di nuove modalità di valutazione annuale della performance individuale del personale dirigente, che ha visto coinvolti tutti i Dipartimenti. Contestualmente con deliberazione n. 46 del 15.4.2014 è stato adottato un nuovo regolamento di valutazione, a fine mandato, degli incarichi affidati ai dirigenti. Dal 1.1.2016, completato il periodo di sperimentazione e graduale implementazione, il nuovo sistema è entrato a regime ed è stato applicato da tutte le strutture Aziendali. Durante questa fase sono stati definiti e testati gli strumenti.

Il percorso promosso a livello aziendale, sin dal suo avvio, si è prefissato di agire sugli aspetti di carattere culturale, in modo da dotare le varie articolazioni aziendali di uno strumento di valutazione del personale, coerente con le disposizioni normative in materia ed attento alla valorizzazione ed allo sviluppo del personale, nella consapevolezza che la gestione delle risorse umane non può esaurirsi in una mera amministrazione, ma implica una adeguata considerazione della persona del lavoratore proiettata all'interno del proprio ambiente di lavoro.

L'obiettivo del nuovo impianto, pertanto, è rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale la cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza aspettare passivamente indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando un diverso senso e dignità al lavoro. La sfida, cui si è posta l'AUSL di Imola, è stata la creazione di un nuovo modello di valutazione della performance e degli incarichi dirigenziali, non esclusivamente rivolto alla valutazione dei risultati legati alla produzione, ma capace di andare oltre ai tradizionali saperi e conoscenze, per entrare anche nello sviluppo delle qualità personali.

Il percorso avviato, oltre a creare nuovi ed ulteriori strumenti di gestione del personale, deve permettere di generare benessere organizzativo inteso come capacità di ascolto, sviluppo delle relazioni, gestione positiva del cambiamento, crescita, coinvolgimento, riconoscimento del risultato ecc. I nuovi strumenti di valutazione integrata della performance individuale e delle competenze, definiti a livello aziendale permettono, annualmente, al superiore gerarchico di esprimere una valutazione su ogni singolo collaboratore, sulla base di obiettivi individuali previamente concordati, oltre a esprimere un giudizio su competenze di carattere tecnico/professionale ed organizzativo.

Il risultato finale di tale valutazione determinerà il grado di performance legato al salario annuale di risultato, oltre ad alimentare il sistema più complessivo di valutazione, a fine periodo di mandato, dell'incarico dirigenziale affidato. Su tali aspetti, tutto il personale apicale è stato coinvolto in un percorso formativo sia a livello d'aula, lezioni frontali con esperti esterni, che sul campo con tutor interni dell'Azienda. Questo passaggio formativo e di crescita culturale si è dimostrato di fondamentale importanza sia per la conoscenza dello strumento predisposto dall'Azienda, sia per creare le migliori condizioni possibili all'implementazione del nuovo modello di valutazione. Il percorso formativo, di conseguenza, è stato orientato principalmente sugli aspetti connessi al "saper fare" e principalmente sul "saper essere", con l'obiettivo di costruire i necessari meccanismi operativi, culturali e relazionali a sostegno dell'intero impianto del nuovo sistema della valutazione della performance.

Già attraverso le ultime negoziazioni di budget ed assegnazione degli obiettivi da parte del Direttore del Dipartimento ai Direttori delle singole Unità operative, si è potuto testare il buon livello relazionale e di coerenza tra le parti, che sono entrate nel percorso di sperimentazione ed implementazione del nuovo modello. Anche se tra le Unità operative si possono rilevare, a completamento del percorso, alcune

differenze di risultato, si è potuto comunque rilevare ed apprezzare un buon livello di interazione tra i vari attori ed un buon grado di sensibilità sull'importanza dello strumento messo a disposizione, anche in termini di miglioramento delle relazioni all'interno delle singole strutture. A conclusione del percorso si è potuto rilevare che:

- Il sistema di misurazione e valutazione della performance è oggi adeguatamente conosciuto da parte del personale.
- Il personale ha mostrato interesse e collaborazione verso il percorso di valutazione della performance individuale.
- Il personale è adeguatamente stimolato su come migliorare i propri risultati.
- Il personale è costantemente coinvolto sulla performance sia di equipe che individuale.
- Il personale esprime orgoglio verso il proprio lavoro e i risultati raggiunti.
- Il personale esprime un atteggiamento di fiducia verso l'organizzazione e la direzione di Unità operativa.

Parimenti è stata avviata l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione, a fine mandato, degli incarichi affidati a ciascun dirigente. La valutazione di prima istanza, da effettuarsi da parte del diretto superiore gerarchico si basa sull'apprezzamento di specifici obiettivi di periodo assegnati al dirigente all'atto del conferimento dell'incarico, delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi tenuti, oltre ai risultati di performance annualmente conseguiti in ordine al sistema di valutazione sopra rappresentato.

Seppur riscontrando differenze in ordine alla piena e completata implementazione all'interno delle singole Unità operative del nuovo sistema, dovute principalmente alla diversa struttura numerica delle dotazioni organiche e alla difficoltà di carattere culturale in alcune strutture, si può affermare che tutte le Unità operative hanno iniziato ad utilizzare i nuovi strumenti, a partire dall'assegnazione ad inizio incarico degli obiettivi di mandato. Allo stato attuale si riscontra che il sistema è a regime per quanto riguarda tutti i Dirigenti con incarico di struttura, complessa o semplice, o con incarico di natura professionale. L'Azienda ha pienamente raggiunto gli obiettivi prefissati.

## **8.4 Il Benessere Organizzativo**

Negli ultimi anni l'AUSL di Imola si è fatta promotrice di un progetto sul "benessere organizzativo" accolto favorevolmente dalla Regione Emilia Romagna, che con DGR 1239 del 31.8.2015 ha approvato i contenuti e finanziato lo sviluppo. Partendo dal presupposto che il rapporto di lavoro non può e non deve essere visto esclusivamente secondo una pura logica di scambio economico (secondo il paradigma prestazione lavorativa/retribuzione), ma che debba prevalere un principio di reciprocità (scambio sociale), l'Azienda ha orientato la propria attenzione verso altri aspetti di clima organizzativo che condizionano la qualità del lavoro e i livelli di efficienza produttiva.

Un'attenzione particolare è stata rivolta a ciò che alcuni studiosi chiamano "capitale di connessione" per indicare l'insieme delle relazioni di tipo cooperativo, basate sul principio di reciprocità, tra i membri



dell'impresa, mostrando come una parte del successo dipenda proprio dall'ammontare di capitale di connessione accumulato.

In tale ottica con l'avvio del Laboratorio per il Benessere organizzativo (B.O.Lab), l'Azienda ha inteso dedicare maggiori sforzi a tale tematica, tramite un nuovo approccio gestionale delle risorse umane che sempre più pone importanza a nuovi strumenti di management, in grado di apprezzare i diversi livelli di performance, ma di agire sul clima, sulla cultura organizzativa, sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con i propri collaboratori.

Il progetto B.O.Lab. è nato dalla convinzione diffusa nell'AUSL di Imola che migliorare la qualità del lavoro e del benessere dei dipendenti rappresenti un aspetto di particolare rilevanza nella gestione aziendale. Secondo la filosofia olivettiana di "impresa comunità", l'Azienda non si caratterizza soltanto quale datore di lavoro, ma deve occuparsi anche della crescita professionale e sociale dei dipendenti, attraverso specifiche azioni/interventi di sostegno volti ad un soddisfacente equilibrio tra vita professionale e vita privata dei dipendenti, nella consapevolezza che ciò possa portare all'azienda ritorni pari, se non superiori, a quelli derivanti da incentivi di carattere economico.

Su tale solco, l'AUSL di Imola, ha caratterizzato l'azione del B.O.Lab., orientando la propria attenzione su aspetti del rapporto del lavoro che in precedenza venivano posti in secondo piano, ma che sono da considerarsi complementari in un'ottica di miglioramento del benessere dell'ambiente di lavoro:

- la creazione di ambienti di lavoro sicuri e di qualità;
- la diffusione di comportamenti rispettosi dei diritti e della dignità dei lavoratori;
- la creazione di un elevato livello di coesione e "spirito di squadra";
- la valorizzazione dei dipendenti anche attraverso interventi orientati alla crescita professionale;
- lo sviluppo di un sistema partecipativo nelle relazioni interne che accresca il senso di appartenenza;
- lo sviluppo di funzionali legami interprofessionali rivolti alla "cultura della qualità del lavoro".

Il percorso avviato si è ulteriormente arricchito a seguito dell'effettuazione di un'indagine di clima, promossa dall'Assessorato regionale, tramite somministrazione a tutto il personale del SSR di un questionario elaborato e gestito dall'Istituto di Management della Scuola Sant'Anna di Pisa.

L'AUSL di Imola ha registrato, con il 53%, la maggiore percentuale di adesione del personale a livello regionale. A seguito della restituzione dei risultati di clima organizzativo, si è poi svolto a livello di Dipartimento, un lavoro di analisi e di approfondimento delle risultanze al fine di capire le cause delle criticità emerse e definire, di conseguenza, azioni di miglioramento organizzativo.

L'indagine di clima organizzativo svolta all'interno dell'AUSL di Imola ha permesso, sulla base delle risposte dei lavoratori, di avere una più oggettiva conoscenza e/o percezione dei valori professionali di riferimento, che sostengono la nostra comunità professionale, con particolare riguardo alla soddisfazione e all'orgoglio professionale, all'immagine dell'Azienda che il personale ha, al grado di *retention* (desiderio di continuare a lavorare per l'Azienda), al livello di gratificazione che il personale prova.

## 9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza

A seguito delle nuove disposizioni introdotte dal D.lgs. 97/2016, l'Azienda ha provveduto con deliberazione 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 n. 7 del 21.1.2016 si è provveduto all' "Approvazione del Piano di prevenzione della Corruzione 2016-2018" e del "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018", successivamente aggiornato per il triennio 2017-2019 (deliberazione n. 20 del 30 gennaio 2017).

Il Responsabile PCT ha provveduto a predisporre ed inviare all'ANAC in data 12.12.2016 la relazione in ordine alle verifiche degli obblighi in materia di 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 24.2.2016 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 43/2016.

Nell'anno 2016, 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 2016, delle seguenti tematiche:

- Approfondimento 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;
- Disamina delle novità introdotte dalla Delibera ANAC n. 39/2016 relativamente agli obblighi di pubblicazione ex art. 1, co. 32 della L. 190/2012 e s.m.i. anche per mezzo di incontri con i Dirigenti ed i Funzionari dei Servizi Economato delle Aziende AVEC;
- Studio e 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;

- Studio ed approfondimento (anche dal punto di vista operativo) delle novità in materia di “accesso civico generalizzato” (FOIA) finalizzato alla stesura di un regolamento AVEC per la ricezione, la trattazione e la corretta gestione delle istanze di cui trattasi da realizzare, su espresso mandato dei DDAA, entro il primo semestre 2017;
- Studio ed approfondimento, a seguito di espresse disposizioni regionali della raccolta finalizzata alla pubblicazione sul sito “Amministrazione Trasparente” delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza PTA alla luce delle disposizioni previste dal D.Lgs 97/2016.

Di particolare rilievo è stato, inoltre, lo studio, anche a 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, per una più completa omogeneità di stesura.

Come in passato, i Componenti del Tavolo AVEC hanno dedicato particolare attenzione al tema dei “Controlli da effettuare da parte degli RPC 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 RPC proposta che sarà portata all’attenzione della Regione. Da evidenziare anche l’evento formativo regionale, tenuto in data 14/07/2016, aperto a tutte le aziende sanitarie del SSR in cui si sono approfonditi i temi delle modifiche al D.Lgs 33/2013 apportate dal D.Lgs 97/2016 con particolare riferimento alle tematiche dell’accesso civico.

E’ stato, inoltre, 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 2016 l’avvio di un 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.

In conclusione si può affermare che, nell’anno 2016, l’Azienda ha corrisposto pienamente agli obiettivi che si era data in tema di anticorruzione e trasparenza.

## 10. Area della ricerca e della didattica

**Sostegno attività di ricerca.** L'AUSL di Imola supporta l'attività di ricerca svolta a livello locale e contribuisce puntualmente all'alimentazione dell'applicativo ARER. Peraltro, non essendo attualmente implementato, a livello aziendale, un applicativo gestionale a supporto delle attività di ricerca, il database regionale ARER rappresenta per l'AUSL di Imola un valido strumento informatizzato di supporto al monitoraggio e tracciabilità delle attività di ricerca svolte in Azienda, sia sul piano delle caratteristiche tecnico-metodologiche, sia sul piano delle caratteristiche economiche e amministrative. È stato effettuato un accesso regolare all'applicativo (almeno un accesso a trimestre). Per l'anno 2016 sono state inserite e validate 3 schede, in linea con la media degli anni precedenti. In considerazione del fatto che l'Azienda generalmente partecipa, con proprie Unità Operative, a progetti multicentrici, l'inserimento delle schede è effettuato compatibilmente alla possibilità di agganciare la scheda a quella inserita e validata dall'Ente capofila del progetto di ricerca.

**Alta formazione.** 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.

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A. 2015/2016	N. studenti A.A. 2016/2017
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	62	60
	2°	57	58
	3°	85	74
<b>Totale</b>		<b>204</b>	<b>192</b>
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	20
	2°	25	20
	3°	32	25
<b>Totale</b>		<b>77</b>	<b>65</b>
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	38	38
	2°	36	36
	3°	53	40
<b>Totale</b>		<b>127</b>	<b>114</b>
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	28	28
	2°	25	25
	3°	50	45
<b>Totale</b>		<b>103</b>	<b>98</b>
Corso di Laurea in Scienze della Prevenzione	1°	15	10
	2°		15
<b>Totale</b>		<b>15</b>	<b>25</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>526</b>	<b>494</b>

Si rappresentano, di seguito in Tabella, gli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

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

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono 29, affiancati da 11 di Montecatone R.I. ed ulteriori 54 professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia. L'aumento del numero di studenti in carico unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte qualificante il percorso di studio, ha generato la necessità di mantenere alto il livello di attenzione sul reclutamento e sostegno dei professionisti che formano la rete delle guide di tirocinio, costruendo relazioni, sinergie e collaborazione con altre Aziende Sanitarie Pubbliche o strutture private convenzionate confinanti.

## 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 2016 nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione. Nel corso del 2016 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.

L'AUSL di Imola ha dato, inoltre, attuazione al PAC regionale nel rispetto delle azioni previste dall'Allegato 1 alla DGR n. 150/2015, come evidenziato nelle verifiche trasmesse con prot. 29314 del 30/09/2016 e prot. 9934 del 30/03/2017.

Per quanto riguarda un più esaustivo commento in ordine all'attività economico-finanziaria aziendale si rimanda all'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato1):

- Obiettivo: Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli enti del SSN, nel rispetto del pareggio di Bilancio e della garanzia dei LEA
- Obiettivo: Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR
- Obiettivo: Miglioramento del sistema informativo contabile
- Obiettivo: Attuazione del percorso Attuativo della certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende sanitarie.

### 11.2 Governo delle risorse umane

A tal proposito si veda il commento all'Obiettivo "Il governo delle risorse umane" di cui all'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato1).

Di seguito si riportano alcune tabelle di rappresentazione della "carta di identità" del personale che opera presso l'AUSL di Imola.

**Carta di Identità" del personale.** Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2016, risultano complessivamente 1.939, registrando rispetto al 2015 un decremento pari a -1 unità.

Tipologia contrattuale	2014	2015	2016	Var ass. 2015 - 2016
Dipendente	1.774	1.750	1.746	-4
Convenzionato*	162	167	169	2
Contratti libero-professionali, co.co.co.	27	23	24	1
<b>TOTALE</b>	<b>1.963</b>	<b>1.940</b>	<b>1.939</b>	<b>-1</b>

\* 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	2014	2015	2016	Var % 2015-2016
<b>DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI</b>	273	272	266	-2,2%
<b>ALTRI DIRIGENTI SPTA</b>	55	59	57	-3,4%
<b>PERSONALE INFERMIERISTICO</b>	753	744	765	2,8%
<b>PERSONALE TECNICO SANITARIO</b>	146	134	121	-9,7%
<b>PERSONALE OTA OSS AUSILIARI</b>	218	223	226	1,3%
<b>PERSONALE AMMINISTRATIVO</b>	188	176	176	0,0%
<b>ALTRO PERSONALE</b>	141	142	135	-4,9%
<b>TOTALE</b>	<b>1.774</b>	<b>1.750</b>	<b>1.746</b>	<b>-0,2%</b>

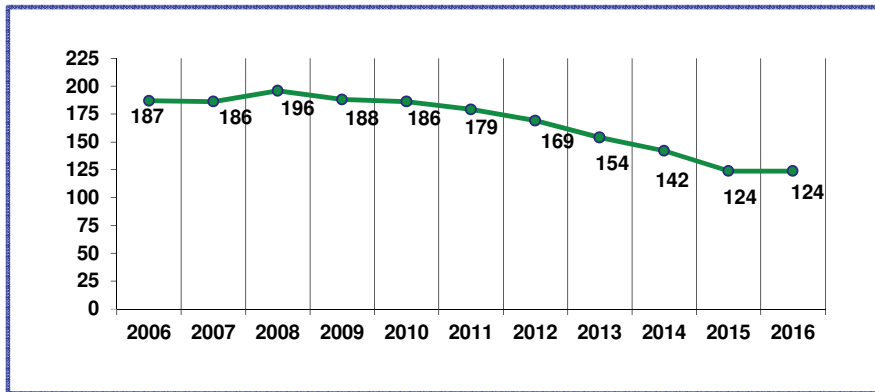
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola si ripropone immutata: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata dato dal numero basso degli under 35; massima concentrazione nelle classi 45-54 (43,4%). La distribuzione per genere rappresentata nel grafico conferma la netta maggioranza di personale femminile.

Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	M	F	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
<b>DIR. MEDICI E VETERINARI</b>	131	135	19	76	59	107	5	<b>266</b>
<b>DIRIGENTI SPTA</b>	17	40		14	18	25		<b>57</b>
<b>PERSONALE INFERMIERISTICO</b>	97	668	135	178	342	110		<b>765</b>
<b>PERSONALE TECNICO SANITARIO</b>	38	83	24	24	45	27	1	<b>121</b>
<b>PERSONALE OTA OSS AUSILIARI</b>	29	197	8	39	104	74	1	<b>226</b>
<b>PERSONALE AMMINISTRATIVO</b>	20	156		8	96	71	1	<b>176</b>
<b>ALTRO</b>	69	66	3	10	80	42		<b>135</b>
<b>Totale</b>	<b>401</b>	<b>1.345</b>	<b>189</b>	<b>349</b>	<b>744</b>	<b>456</b>	<b>8</b>	<b>1.746</b>
<b>%</b>	<b>23,0%</b>	<b>77,0%</b>	<b>10,8%</b>	<b>20,0%</b>	<b>42,6%</b>	<b>26,1%</b>	<b>0,5%</b>	<b>100,0%</b>

Di seguito la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANTA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	212	33	19	2	266
DIRIGENTI SPTA	8	14	2	33	57
PERSONALE INFERMIERISTICO	598	138	12	17	765
PERSONALE TECNICO SANITARIO	75	26	17	3	121
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	183	39	1	3	226
PERSONALE AMMINISTRATIVO	29	38	11	98	176
ALTRO	29	8	0	98	135
<b>Totale</b>	<b>1.134</b>	<b>296</b>	<b>62</b>	<b>254</b>	<b>1.746</b>
<b>%</b>	<b>65%</b>	<b>17%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

Il Grafico mostra il trend di diminuzione dei part-time negli ultimi dieci anni, mentre la tabella evidenzia la suddivisione per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale) in riferimento al 2016.





## **12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico**

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

A tal proposito si veda il commento all'Obiettivo "Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare, le tecnologie biomediche ed informatiche" di cui all'allegato documento di rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale per l'anno 2016 (Allegato 1).

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 2016.

#### **FABBRICATI**

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

Nel 2016 è stato avviato il secondo stralcio dell'intervento di "Manutenzione straordinaria per il reparto di geriatria e lungodegenza Ospedale di Imola" (Intervento AP 47 del Programma investimenti straordinari in Sanità, ex art. 20 Legge 67/88 – 2° stralcio - IV fase).

L'intervento complessivo prevede il riassetto di una superficie di 2.000 mq e la realizzazione in 2 stralci funzionali per un importo complessivo di € 3.106.135,39.

A fine 2016 risultano realizzati lavori per un importo complessivo di € 2.773.082,25. L'attivazione del reparto di Geriatria al 3° dell'ospedale è avvenuta a maggio 2017.

Sono stati completati nel 2016 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. Nel 2016 è iniziata la progettazione per i lavori di adeguamento alla normativa antincendio della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme per un importo di € 500.000, nell'ambito del complessivo quadro economico di € 900.000 euro previsto per gli "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" - intervento APb.20 - Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio – addendum.

A seguito del completamento della progettazione preliminare e definitiva "Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3 Risorse regionali ex art.36 L.R.38/2002) sono in corso di attuazione le verifiche archeologiche e belliche nell'area oggetto di intervento. L'ampliamento dell'ospedale, prevede un quadro economico di € 7.000.000,00: finanziati per € 3.500.000,00 con fondi regionali e per € 3.500.000,00 con la permuta dell'immobile del Silvio Alvisi. Nel 2016 nell'ambito degli interventi di manutenzione straordinaria è stata completata la sostituzione di due ascensori presso l'Ospedale di Imola (impianti n. 18 e 19) per un importo di € 110.787,36.

Per quanto riguarda i "Lavori di adeguamento del Data Center aziendale", finanziati con mutuo per un importo complessivo di € 400.000,00, a seguito del completamento della progettazione, nel 2016, è stata predisposta la documentazione per l'indizione della gara. L'aggiudicazione ed inizio dei lavori è previsto nell'anno 2017 ed il completamento entro l'anno 2018.

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. 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 previsto nei primi mesi del 2017. In seguito alla pubblicazione del bando regionale per i finanziamenti destinati alle strutture polifunzionali socio-assistenziali, nel 2016, è iniziata la progettazione per la "Realizzazione della Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno" per un quadro economico di euro 326.000,00 ai fini della presentazione della richiesta di finanziamento entro aprile del 2017.

Per la Casa della salute di Medicina si sono resi necessari interventi di manutenzione straordinaria per la sistemazione degli impianti idrici dell'immobili per i quali è stata completata la progettazione e indetta gara di appalto, con fondi derivanti dall'alienazione di Villa Calza di Medicina, per un costo complessivo di € 113.700;

## **TECNOLOGIE SANITARIE**

In particolare, le acquisizioni sono state necessarie, sia per garantire il "turnover" di Tecnologie Sanitarie ad elevata obsolescenza (oltre 10 anni) per le quali non è possibile, né garantirne 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 e sia per garantire l'attivazione di nuove attività o riorganizzazione delle stesse e sia per garantire l'acquisizione 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 possono menzionare:

- Acquisizione di una Diagnostica Telecomandata Digitale per la UO Radiologia di ultima generazione in sostituzione di una diagnostica analogica Analogica per un importo complessivo di € 237.900).
- Acquisizione di una Sterilizzatrice per endoscopi per il polo endoscopico di ultima generazione e con tempi di sterilizzazione ridotti in sostituzione di una analogica per un importo complessivo di € 27.700).
- L'aggiornamento tecnologico della parte elettrica e elettronica delle due Sterilizzatrici a Vapore dei Blocchi Operatori di Imola e Castel San Pietro Terme per un importo di € 23.200.
- Acquisizione di 5 Nuovi Videocolonscopi e Videogastroscoopi HD in sostituzione di strumenti "standard" soggetto ad elevata usura per il miglioramento della diagnostica gastroenterologica (importo complessivo di circa € 166.000).
- La sostituzione, che si concluderà nel 2017, di tutti i Defibrillatori manuali del presidio ospedaliero in quanto obsoleti e non più supportati dalla assistenza tecnica per un importo del 2016 di circa € 95.300.
- Acquisizione di 4 nuovi apparecchi di Anestesia per il blocco Operatorio di Imola di ultima generazione e con tempi di sterilizzazione ridotti in sostituzione di apparecchi obsoleti in uso per un importo complessivo di circa € 97.000).

- Donazione di un nuovo Mammografo digitale con Tomosintesi e Sistema per biopsia stereotassica per migliorare la qualità diagnostica e l'efficienza delle mammografi di 1° e 2° livello e le biopsie radioguidate sostituendo sistemi analogici obsoleti per un valore di € 183.000.
- Aggiornamento e potenziamento tecnologico delle apparecchiature della Banca delle cornee per un miglioramento della qualità delle cornee e dei controlli associati per un importo di € 37.500.
- Miglioramento della dotazione strumentale per garantire il rispetto dei requisiti di accreditamento del SIT per un importo di € 18.000.
- Donazione di un nuovo Elettromiografo per migliorare la qualità diagnostica e in sostituzione di uno strumento obsoleto per un valore di € 32.000.
- Donazione di tre nuovi ecografi: uno Cardiologico di fascia alta per la diagnostica cardiologica avanzata completa di sonda trasesofagea, uno per Pediatria di fascia medio-alta per la diagnostica pediatrica generale e uno di fascia media per i reparti di degenza della Medica A e B (per un importo complessivo di € 140.000).
- Acquisizioni e messa in funzione per un valore complessivo di circa € 35.700 di piccole apparecchiature per sostituzione di apparecchiature obsolete o non più mantenibili, oppure per innovazione per il miglioramento dell'attività clinica, per gli ambulatori delle case della Salute Castel San Pietro Terme e Medicina.
- Acquisizioni e messa in funzione di tecnologie indispensabili per pazienti domiciliari quali microinfusori, apparecchi per AREOSOL-Terapia o per la tosse per un importo complessivo di € 29.000,00.

## **TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE**

Nell'ambito dell'infrastruttura server e di rete sono stati fatti degli importanti aggiornamenti per un importo di circa € 19.000 per la sostituzione di alcuni Server molto obsoleti per la gestione degli applicativi virtualizzati sanitari di alta criticità.

Sono stati fatti acquisti per complessivi circa € 104.000 per acquisto nuovi PC fissi e portatili per sostituire altri obsoleti con SO Windows XP e di complessivi 15.000 per HW generico 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 ed attivate nuove funzionalità in vari ambiti, come di seguito riportato, con un investimento di circa € 454.000:

- Implementazione della Cartella Infermieristica con l'attivazione della prescrizione farmaceutica in altri reparti ospedalieri.
- Adeguamenti SW del applicativo Ricoveri per la nuova SDO 2017.
- Miglioramenti SW per la gestione della Dematerializzazione del ciclo passivo (Ordini e DDT).
- Adeguamenti SW per l'integrazione Anagrafica Prodotti con Magazzino Centralizzato di AVEC
- Avvio del sistema RUDI per la gestione degli incassi e del recupero crediti
- Lavori propedeutici per l'implementazione e aggiornamento Nuova versione del SW di Pronto Soccorso.
- Adeguamenti e miglioramenti SW per il Progetto SIGLA e gestione liste di attesa Interventi operatori.
- Adeguamento SW per il nuovo progetto HPV di AVEC.

- Implementazione di sviluppo di strumenti di *Datawarehouse e Business Intelligent* per l'analisi dei dati di attività.
- Lavori propedeutici per l'avvio del nuovo SW GRU di gestione delle risorse Umane Regionali.
- Sviluppi del SW di gestione della Cartella Oncologica per la trasformazione dei DH oncologici in DS Oncologici.
- Nuovi aggiornamenti di miglioramento del progetto BABEL di AVEC per la nuova Gestione Documentale Aziendale (protocollo, determine e delibere). Nel 2016 avviata la parte di Delibere e protocollo.
- Aggiornamento e sviluppo del sistema SW di Recall per le nuove indicazioni regionali sulla campagna "presto e bene".

## ALTRI BENI MOBILI

Gli investimenti più rilevanti riguardano: gli Arredi per il Polo formativo di Imola € 49.940,70 (fondi da progetto), l'Ambulanza e automedica per Dipartimento Emergenza urgenza € 114.558,00 (fondi da C/esercizio) e l'Ambulanza per Dipartimento Emergenza Urgenza € 80.886,00 (fondi da progetto), n.ro 3 Furgoni Fiat Doblò maxi per trasporto merci € 44.550,60 (fondi da Mutuo) e n.ro 1 Fiat Panda per la Casa della Salute CSPT € 8.473,52 (fondi da progetto).

## CONSUNTIVO INVESTIMENTI 2016

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 - 4ª fase 2° stralcio)	AA2201		1.412.234,53				<b>1.412.234,53</b>
"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 - 4ª fase 2° stralcio)	AA2201		82.527,85				<b>82.527,85</b>
Lavori di manutenzione a seguito incendio del Pad.5 Lolii (Intervento S20)	AA2201	169.726,40	116.599,42				<b>286.325,82</b>
Lavori di sostituzione di n. 2 ascensori presso Ospedale di Imola (intervento S20)	AA2201		110.787,36				<b>110.787,36</b>
Ammodernamento impianti arioporta sale operatorie	AA2302					2.372,00	<b>2.372,00</b>
Tecnologie sanitarie	AA2401	373.327,40	288.744,72	170.265,31	307.139,32	102.729,56	<b>1.242.206,31</b>
Software	AA1302	11.687,60	24.400,00	18.492,29	391.787,16	39.153,70	<b>485.520,75</b>
Arredi	AA2501	10.541,00		56.665,05	2.710,44	9.624,67	<b>79.541,16</b>
Automezzi	AA2601			89.359,52	114.558,00	44.550,60	<b>248.468,12</b>
Hardware	AA2706	5.324,01	78.219,26	3.991,84	50.019,88	1.751,09	<b>139.306,08</b>
<b>TOTALE</b>		<b>570.606,41</b>	<b>2.113.513,14</b>	<b>338.774,01</b>	<b>866.214,80</b>	<b>200.181,62</b>	<b>4.089.289,98</b>

## 13. Gli indicatori di risultato e la valutazione della performance

### 13.1 I risultati di periodo di performance organizzativa aziendale

A conclusione si riportano i risultati conseguiti nell'anno 2016 su un pannel di indicatori selezionati a livello regionale, che permettono 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 per tutte le Aziende, che permettono di valutare, annualmente, il livello di performance organizzativa aziendale, in ordine alle Dimensioni/Aree, sulle quali, come rappresentato al precedente Capitolo 2, si articola il Piano della performance.

SIVER – Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna, è strettamente collegato alle banche dati esistenti, utilizzando, tra gli altri, gli indicatori nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che risultano centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Nella tabella che segue vengono, pertanto, riportati i risultati 2016 per ogni singolo indicatore e il suo posizionamento rispetto al target atteso. Ogni singolo indicatore, in base al risultato rilevato nel 2016, è stato classificato in SIVER, anche attraverso un codice colore indicate il grado di risultato raggiunto. Nella tabella che segue (colonna codice indicatore), viene riportata la legenda della scala colori rappresentata.

#### Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buona
	Ottimo
	Indicatori di osservazione

## UTENTE

### Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	140,28	<b>da 145 a 160</b> ( < 145)	<=Anno 2015	<b>137,97</b>	137,94	Mantenimento
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	88,32	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	>=Anno 2015	<b>94,42</b>	97,31	Mantenimento
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	87,77	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	>= 95	<b>96,17</b>	98,29	
244	% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	78,92	<b>da 40 a 50</b> ( > 50)	>=Anno 2015	<b>76,13</b>	64,43	Mantenimento
228	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,76	<b>da 7 a 15</b> ( < 7)	<= 7	<b>10,66</b>	11,82	
	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	56,02			<b>55,61</b>	67,1	Indicatore di osservazione
	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	58,11			<b>57,4</b>	62,19	Indicatore di osservazione
	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	394,85			<b>396,04</b>	380,33	Indicatore di osservazione

## Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
205	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	181,79	<b>da 100 a 141</b> (< 100)	<= 180	<b>140,81</b>	127,96	
206	Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	304,4	<b>da 306 a 409</b> (< 309)	<= 309	<b>295,6</b>	381,9	
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,84	<b>da 1,8 a 3</b> (> 3)	>=Anno 2015	<b>3,92</b>	4,4	Mantenimento
236	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	20,4	<b>da 25 a 30</b> (< 25)	<=Anno 2015	<b>31,63</b>	26,23	Mantenimento
240	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	59,56	<b>da 65 a 85</b> (> 85)	Valore range regionale: da 65 a 85	<b>56,42</b>	63,29	
246	% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	17,84	<b>da 25 a 27</b> (< 25)	<=Anno 2015	<b>16,77</b>	18,61	Mantenimento
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	217,96	<b>da 200 a 250</b> (> 250)	>= 250	<b>183,56</b>	190,76	

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
271	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (*)	58,73	>Anno 2015	<b>69,39</b>	78,81	
389	Mortalità a 30 giorni per IMA	8,11	<= Anno 2015	<b>6,47</b>	8,72	
390	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	11,89	>Anno 2015	<b>16,47</b>	44,39	
391	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	15,56	<Anno 2015	<b>14,39</b>	11,49	
393	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	7,19	<= Anno 2015	<b>8,87</b>	10,45	
395	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	10,88	<Anno 2015	<b>12,26</b>	8,69	
398	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	7,58	<Anno 2015	<b>17,57</b>	6,63	
400	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco (*)	0	= Anno 2015	<b>0</b>	4,33	Indicatore di osservazione
401	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon (*)	4,44	<= Anno 2015	<b>8</b>	3,96	Indicatore di osservazione



IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
402	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,8	<= Anno2015	<b>0,88</b>	0,86	
403	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,7	<= Anno 2015	<b>0,85</b>	0,82	
441	% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	91,28	>= Anno 2015	<b>84,07</b>	70,12	
494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,3	<Anno 2015	<b>21,03</b>	18,49	
396	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui (*)	0		<b>0</b>	73,84	Indicatore di osservazione
397	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui	0		<b>0</b>	78,56	Indicatore di osservazione
404	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2		<b>3</b>	3	Indicatore di osservazione

## PROCESSI INTERNI

### Produzione-Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,31	<b>da 2 a 3</b> ( < 2)	<= 4	<b>3,85</b>	3,34	
301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,26	<b>da -1,2 a -0,55</b> ( < -1,2)	<= 0,1	<b>0,47</b>	-0,4	
302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,18	<b>da -1,2 a -0,55</b> ( < -1,2)	<= 0,1	<b>0,1</b>	-0,63	
303	Degenza media pre-operatoria	1,25	<b>da -0,85 a 1</b> ( < -0,85)	<= 1,15	<b>1,11</b>	0,76	
409	Volume di accessi in PS	54.023			<b>54.088</b>	1.875.560	Indicatore di osservazione
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	8.766			<b>8.655</b>	334.895	Indicatore di osservazione
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.589			<b>4.457</b>	260.286	Indicatore di osservazione
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.139			<b>2.111</b>	68.343	Indicatore di osservazione
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.476			<b>1.374</b>	86.987	Indicatore di osservazione

## Produzione-Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,37	<b>da 10,82 a 14</b> ( > 14)	>= Anno 2015	<b>21,13</b>	20,34	Mantenimento
225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	59,76	<b>da 5 a 6</b> ( > 6)	>= Anno 2015	<b>63,97</b>	73,03	Mantenimento
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	161.354			<b>157.320</b>	6.788.682	Indicatore di osservazione
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	142.967			<b>146.292</b>	6.364.612	Indicatore di osservazione
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.197.654			<b>1.041.427</b>	43.108.376	Indicatore di osservazione

## Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	43,7	<b>da 50 a 60</b> ( > 60)	Valore range regionale: da 50 a 60	<b>43,9</b>	48,4	
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	18,5	<b>da 30 a 35</b> ( > 35)	Valore range regionale: da 20 a 25	<b>19</b>	35,3	
164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	65,12	<b>da 60 a 70</b> ( > 70)	>= 70	<b>65,62</b>	76,42	Fonte dati: schede inviate all'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) per la fascia di età 50-69 anni.
170	% di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate	53,54	<b>da 50 a 60</b> ( > 60)	>= 60	<b>47,24</b>	49,21	
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	54,76	<b>da 75 a 90</b> ( > 90)	Valore range regionale: da 75 a 90	<b>53,37</b>	53,04	
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,12	<b>da 95 a 98</b> ( > 98)	>= 98	<b>94,07</b>	92,23	
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,71	<b>da 8 a 9</b> ( > 9)	> = 2015	<b>8,75</b>	9,84	Mantenimento
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	93,05	<b>da 90 a 95</b> ( > 95)	>= 95	<b>92,18</b>	100	

## Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,24	<b>da 55 a 60</b> ( > 60)	Valore range regionale: da 55 a 60	<b>49,42</b>	50,09	
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	9	<b>da 5,1 a 7,5</b> ( < 5,1)	Valore range regionale: da 5,1 a 7,5	<b>7,92</b>	6,53	
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,36	<b>da 4 a 7</b> ( < 4)	<= Anno 2015	<b>2,2</b>	2,6	Mantenimento
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	129,82	<b>da 75 a 90</b> ( < 75)	Valore range regionale: da 105 a 120	<b>122,05</b>	110,11	
216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,17	<b>da 0,1 a 0,21</b> ( < 0,1)	<= 0,1	<b>0,18</b>	0,22	
101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,92			<b>9,67</b>	9,86	Indicatore di osservazione
133	Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	3,31			<b>2,51</b>	4,03	Indicatore di osservazione
135	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,62			<b>1,88</b>	2,5	Indicatore di osservazione
421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	9,09			<b>0</b>	39,8	Indicatore di osservazione

## Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
385	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	8,5	<b>da 6 a 8</b> (> 8)	>= Anno 2015	<b>8,7</b>	6,4	Mantenimento

## Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,52	<b>da 85 a 95</b> (> 95)	>= Anno 2015	<b>100</b>	95,42	Mantenimento
406	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	41,68		>= Anno 2015	<b>42,93</b>	42,74	Indicatore di osservazione
407	% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	26,26		>= Anno 2015	<b>32,89</b>	35,49	Indicatore di osservazione

## SOSTENIBILITA'

### Economico-Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2016	Risultato Aziendale osservato 2016	Risultato Regionale 2016	NOTE
138	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG (*)	259,51			<b>289,22</b>	281,77	Indicatore di osservazione
364	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	90,23	<b>da 80 a 95</b> (> 95)	>= 95	<b>92,55</b>	95,65	
449	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	164,95	<b>da 155 a 165</b> (< 155)	Valore range regionale: da 155 a 165	<b>166,87</b>	158,55	
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17			<b>-14</b>		Indicatore di osservazione
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	78,62			<b>78,72</b>	79,58	

(\*) I dati afferenti alla disciplina di Chirurgia Generale non comprendono l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna, pertanto i dati rappresentati risultano parziali (Flusso SDO).

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2014	Risultato Aziendale 2015	Risultato Regionale 2015	NOTE
614	Costo pro capite totale	1.794	<b>1.791</b>	1.750	
615	Costo pro capite assistenza ospedaliera	679	<b>674</b>	661	
616	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.057	<b>1.058</b>	1.037	
267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	52	<b>53</b>	52	

### 13.2 Commento ai risultati e considerazioni conclusive della performance

La tabella indicatori SIV-ER riporta per l'AUSL di Imola il miglioramento e il mantenimento di diversi indicatori nelle aree monitorate, fermo restando l'impegno dell'azienda al progressivo miglioramento, secondo il Piano Performance 2016-2018. Si evidenziano in particolare i buoni risultati nell'ambito dell'area "Accesso e Domanda".

Con riferimento agli obiettivi complessivi dell'Azienda si evidenzia come le azioni in ordine alla politica del farmaco e al governo della spesa farmaceutica abbiano costituito un settore di particolare rilevanza strategica di intervento. L'Azienda ha messo in campo, in linea con gli indirizzi regionali un ampio raggio di interventi, particolarmente orientati all'appropriatezza d'uso e prescrizione sia in ambito ospedaliero che con riferimento alla farmaceutica convenzionata.

Il governo del buon uso del farmaco e il perseguimento degli obiettivi per consumi e spesa hanno costituito pertanto un particolare ambito di impegno per l'Azienda su cui sono convertite azioni diversificate da parte di tutti i professionisti coinvolti, sia nell'ambito della farmaceutica convenzionata e territoriale sia nell'acquisto e consumo ospedaliero di farmaci.

Gli interventi aziendali in tal senso pur realizzando un trend di miglioramento, costituiscono ancora un ambito di costante monitoraggio e potenziamento al fine di perseguire più ampi spazi di miglioramento secondo gli indirizzi regionali.

In ordine al governo dei tempi di attesa l'AUSL di Imola ha proseguito, nel corso del 2016, le azioni rivolte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e alla rimodulazione dell'offerta laddove necessario, raggiungendo gli obiettivi prefissati.

Ai sensi della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia Romagna", l'AUSL di Imola ha avviato la conversione del regime di erogazione, con il passaggio da Day hospital a Day service ambulatoriale, a partire dal 30.11.2016.

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili, nel 2016 l'Azienda imolese risulta la più virtuosa a livello regionale per la copertura delle quattro vaccinazioni obbligatorie al ventiquattresimo mese (antidifterica, antiepatite B, antipolio e antitetanica), con un 94,5% dei bambini vaccinati.

Nell'area del governo clinico si inquadrano, nel segno della continuità, obiettivi rappresentati con indicatori di processo e/o di esito, a consolidamento dei percorsi diagnostico terapeutici avviati e perseguiti nel corso dell'ultimo quadriennio. Si richiamano in tal senso i PDT *tumore colon retto, tumore mammella, frattura femore e stroke*.

In coerenza con gli obiettivi della DGR 1003/2016 in tema di sicurezza delle cure, è proseguito il presidio dell'Azienda nell'applicazione della Procedura "*Gestione del rischio clinico*" (*Incident Reporting*) che comprende l'alimentazione periodica del *data base* regionale, con il supporto della Rete dei referenti aziendali.



**ALLEGATO 1 - "Grado di raggiungimento degli obiettivi della DGR 1003/2016",**

**ALLEGATO 2 – "Rendicontazione attività AVEC 2016"**

# **ALLEGATO 1**

## **“Grado di raggiungimento degli obiettivi della DGR 1003/2016”**

**(Bilancio di Esercizio 2016 - Relazione sulla gestione)**

## **GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 1003/2016**

### **ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO**

#### **OBIETTIVO: Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015 - 2018**

##### **Risultati 2016**

Sono state realizzate le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del P.R.P. (Ambienti di lavoro, comunità-programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito sanitario).

Si è aderito al progetto di valutazione dell'equità delle azioni messe in campo, valutando con il sistema Equia n. 2 progetti. Gli standard attesi monitorati da "indicatori sentinella" sui n. 68 progetti di cui è costituito il Piano Locale Attuativo del PRP sono stati raggiunti grazie al coinvolgimento ed impegno degli operatori, non limitato al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), ma trasversalmente all'Azienda, in rapporto anche ad interlocutori esterni all'Azienda stessa. Per n. 4 progetti il risultato si discosta dall'atteso per più del 5%; la rendicontazione è stata inviata al servizio regionale di Sanità Pubblica, per la valutazione.

#### **OBIETTIVO: Sanità Pubblica**

##### **Risultati 2016**

Per quanto attiene all'Unità operativa Prevenzione e Protezione negli Ambienti di Lavoro, la pianificazione delle attività di vigilanza è avvenuta come di consueto tenendo conto dei vincoli regionali e territoriali, con particolare attenzione agli indicatori di processo del setting 1 del Piano regionale della Prevenzione, che prevedevano per l'anno 2016 una vigilanza per piani di comparto e di rischio. In particolare sono stati pianificati controlli nei comparti edilizia, agricoltura, metalmeccanica e interventi per il contrasto del rischio cancerogeno, muscolo-scheletrico, stress lavoro correlato, amianto, incidenti stradali.

Sono stati, inoltre, effettuati interventi di controllo sull'operato dei *medici competenti*, sull'idoneità alla mansione in caso di ricorsi contro il giudizio del medico competente, sulla tutela delle lavoratrici madri, sulle attività classificate e nel corso di inchieste per infortuni di lavoro. L'attività su domanda ha riguardato circa il 15% dei controlli.

L'attività di vigilanza in edilizia effettuata sul nostro territorio dall'U.O. Impiantistica Antinfortunistica dell'AUSL di Bologna si è concretizzata in n. 5 cantieri in meno rispetto a quelli concordati nel PRP.

Per quanto attiene all'Unità operativa Igiene e Sanità Pubblica, oltre che per gli ambiti relativi alla sicurezza alimentare, con criteri e modalità di effettuazione del controllo ufficiale disciplinati anche dal documento di categorizzazione del rischio e dalle delibere di Giunta sull'accreditamento e il funzionamento dei servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica che effettuano attività di controllo ufficiale, la pianificazione dell'attività anche in tutti gli altri macro-ambiti di competenza Igiene e Sanità Pubblica (strutture recettive, impianti sportivi e piscine, estetisti, barbieri e tatuatori, cosmetici, istituti scolastici, campi solari, centrali biomasse, legionellosi, fabbricati pubblici e privati con coperture in cemento amianto) è stata realizzata ai sensi della DGR

200/2013, secondo criteri di rischio per la tutela della salute e la sicurezza degli utenti ed è stata pubblicata sul sito aziendale *"amministrazione trasparente – sezioni controlli sulle imprese – anno 2016"*.

In diverse occasioni i risultati sono stati presentati e discussi con i titolari delle imprese e/o con Associazioni di categoria, in particolare per gli impianti natatori, i pubblici esercizi e il piccolo artigianato alimentare.

Inoltre, sul tema del controllo e della rimozione delle coperture in cemento amianto, sono state mantenute e migliorate forti sinergie organizzative con gli uffici comunali competenti.

E' stata consolidata l'implementazione del software gestionale per la pianificazione, il monitoraggio e la registrazione dell'attività, mentre per le integrazioni con i sistemi informatici regionali si segnala che sono ancora in corso di rimodulazione i progetti e pertanto, a livello aziendale, la parte di competenza del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) è inevitabilmente ancora in sospenso.

Nel corso dell'anno 2016, su mandato della direzione ARPAE di Bologna e delle Direzioni dei DSP di Bologna e di Imola, si è costituito un gruppo di lavoro per elaborare le schede tecniche inerenti alcuni eventi incidentali tra quelli più frequenti che coinvolgono in emergenza sia i DSP che ARPAE e precisamente: odori, polveri, fumi, gas e vapori di ignota provenienza, incendi di insediamenti produttivi, incidenti stradali/ferroviari con sversamento di rifiuti o sostanze pericolose trasportate, inquinamento in corpo idrico superficiale, sorgenti di radiazioni ionizzanti, individuazione delle modalità di supporto ARPAE alle attività di vigilanza del DSP e nella gestione delle emergenze. E' stata, inoltre, elaborata una nota di istruzioni operative dedicata alla comunicazione nella fase di emergenza e post emergenza.

## **OBIETTIVO: Epidemiologia e sistemi informativi**

### **Risultati 2016**

Sono state eseguite tutte le azioni previste dal sistema di Sorveglianza degli stili di vita PASSI e Okkio alla salute (interviste, questionari, inserimento dati). In particolare, per Okkio è stata eseguita la rilevazione in quattro classi di terza elementare di quattro istituti scolastici diversi con questionari ai bambini, ai genitori e ai dirigenti scolastici, effettuate rilevazioni antropometriche ed inserimento dati nel software dell'Istituto Superiore di Sanità. Per PASSI sono state eseguite n. 110 interviste, come da accordi con la Regione Emilia-Romagna. Per PASSI d'argento è stata garantita la partecipazione alla formazione regionale, in preparazione alla rilevazione prevista per l'anno 2017.

Per quanto riguarda il Registro di Mortalità è stata garantita la partecipazione alle riunioni del gruppo regionale dei referenti. Inoltre, sono state codificate le schede ISTAT fino al mese di Dicembre 2016 ed è in corso di completamento l'inserimento dei dati sul software AIDA web che verrà ultimato entro marzo 2017.

## **Obiettivo: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni**

### **Risultati 2016**

Sono state garantite tutte le azioni di sorveglianza e controllo delle malattie infettive attuando quanto previsto dai piani regionali specifici. In particolare, nel corso dell'anno 2016, sono state segnalate le seguenti malattie trasmesse da vettore: malattia da west Nile virus (n. 3 casi confermati), Encefalite virale (n. 7 casi sospetti di cui n. 4 confermati), malattia da Zika virus (n. 2 casi sospetti non confermati), malaria (n. 1 caso confermato), leishmaniosi cutanea (n. 2 casi confermati). In tutti i casi sono state applicate le azioni previste dai piani regionali. Per quanto riguarda gli ambulatori vaccinali, nel corso dell'anno 2016, sono stati

riorganizzati gli ambulatori della Pediatria di Comunità con autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermiere.

Le attuali 4 sedi ambulatoriali rimangono attive in quanto erogano un numero di vaccinazioni/anno superiore a n. 500 (Imola = 11.114, Castel San Pietro Terme = 4.086, Medicina = 3.345, Borgo Tossignano = 1.179).

Per quanto riguarda gli ambulatori di Igiene e sanità pubblica si evidenzia che nei due ambulatori, ove vengono erogate meno di 500 vaccinazioni/anno (Medicina = 461 e Borgo Tossignano = 268) sono erogate anche altre prestazioni (visite medico-legali, consulenze ai viaggiatori, attestati di formazione per alimentaristi ecc.). Per quanto riguarda le coperture vaccinali obbligatorie nell'infanzia i dati estratti dall'anagrafe vaccinale indicano per l'anno 2016 una copertura pari al 95% al 24° mese.

Per le vaccinazioni raccomandate le coperture raggiunte sono:

- emofilo B al 24° mese = 94,4%;
- morbillo al 24° mese = 92%,
- morbillo (due dosi) a 7 anni = 92,3%;
- pneumococco al 24° mese = 92,3%;
- meningococco al 24° mese = 92,3%;
- morbillo al 16° anno = 95,4%;
- rosolia nelle femmine al 16° anno = 95,0%.

La copertura antinfluenzale nei soggetti con età uguale o superiore a 65 anni, in base ai dati estratti a tutto gennaio 2017 dalle anagrafi informatiche, risulta essere pari al 52,3%.

## **Obiettivo: Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**

### **Risultati 2016**

E' stata data attivazione, in via sperimentale, al Piano regionale integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale, anche attraverso l'adeguamento sostanziale del piano delle attività 2016 della S.S.U. Igiene Alimenti e Nutrizione e della U.O.C. Igiene Veterinaria.

Si è raggiunto un sufficiente 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*", recepito con DGR 1510/2013.

Per quanto riguarda l'U.O.C. Igiene veterinaria 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.

Relativamente all'attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento, programmata secondo gli standard definiti a livello regionale, è stata realizzata al 112,5% per quanto riguarda il benessere animale (realizzati 27 interventi su 24 programmati) mentre risulta al 74% per l'attività di farmacovigilanza (n. 89 interventi eseguiti su n. 120 programmati); tale scostamento è stato determinato da un imprevisto aumento dell'attività straordinaria resasi necessaria nell'anno (malattie infettive, piani di sorveglianza straordinari, aumento richieste certificazioni export) che ha determinato spostamento di risorse dell'attività programmata.

Relativamente a "Case della salute e continuità dell'assistenza" e alla presa in carico della fragilità, il Dipartimento di Sanità Pubblica ha coordinato il progetto previsto dal Piano Regionale Prevenzione relativo alla prevenzione del rischio cadute nell'anziano fragile, collaborando con il Dipartimento Cure Primarie e con la medicina di Gruppo della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme.

### **Obiettivo: Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**

#### **Risultati 2016**

L'Azienda ha partecipato, tramite il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, al coordinamento Regionale (R.S.P.P. e Medici Competenti) e al gruppo di lavoro che ha prodotto il documento ad oggetto "Rischio biologico, criteri per l'idoneità dell'operatore sanitario – principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (Tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella)".

Il documento sopra citato prevede anche le modalità di valutazione di idoneità alla mansione.

E' stato, inoltre, inserito nel Piano di formazione aziendale una iniziativa in tema di Tubercolosi e vaccinazioni ed è stata impostata una campagna vaccinale antinfluenzale puntuale con:

- apertura di ambulatori dedicati nei vari presidi ed ospedale;
- possibilità di fornitura dei vaccini ai reparti;
- possibilità di vaccinazione presso i reparti stessi;
- pubblicazione delle informazioni su intranet;
- informazione sull'opportunità di vaccinarsi diretta ai singoli lavoratori anche con la collaborazione del gruppo RLS;
- definizione di premi da estrarre tra i dipendenti vaccinati alla fine della campagna vaccinale.

A fronte di tale campagna il risultato è di n. 209 operatori vaccinati in Azienda su 526 destinatari totali.

## **ASSISTENZA TERRITORIALE**

### **Obiettivo: Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia accesso per prestazioni di specialistica ambulatoriale**

#### **Risultati 2016**

In continuità con le azioni intraprese durante il 2015, a seguito del Programma di Intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa, durante l'anno 2016 l'Azienda ha continuato a monitorare settimanalmente, tramite il portale regionale MAPS, la performance delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio. I risultati complessivi ottenuti sono stati superiori al 90% su tutti i trimestri e sono di seguito riportati (fonte dati MAPS – Bacino 1 e priorità D – Trimestri 2016):

- 1 trimestre: 95 % per la diagnostica e 97% per le visite
- 2 trimestre: 94 % per la diagnostica e 93% per le visite
- 3 trimestre: 98 % per la diagnostica e 94% per le visite
- 4 trimestre: 98 % per la diagnostica e 93% per le visite

Tali risultati sono stati conseguiti attraverso le azioni di efficientamento organizzativo aziendale (sia sul versante ambulatoriale ospedaliero sia su quello degli Specialisti Ambulatoriali), oltreché attraverso i contratti di fornitura con il Privato Accreditato.

A seguito dell'emanazione della DGR 377/2016 sul tema "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali", l'Azienda ha implementato tutte le azioni previste nella delibera stessa.

In merito al numero delle disdette, i dati rilevati riportano un valore di circa 88.000 su tutto l'anno 2016.

Relativamente al numero degli abbandoni, i dati registrati nell'anno 2015 risultano da indagini campionarie effettuate dall'Azienda, poiché non erano state implementate, sugli applicativi informatici, azioni specifiche che permettessero un monitoraggio di tale fenomeno. Ciononostante i dati registrati nel 2016 (in particolare da aprile) vedono un decremento di tale fenomeno passando da un 5% circa del 2015 ad un dato registrato nel 2016 di 0,17% (dato reale registrato da aprile a settembre 2016).

In merito alla promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti) con particolare riferimento alle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari (condizioni di erogabilità definite dalla DGR 704/2013) si è notato una sensibile diminuzione nell'ultimo nel 2016 (dati comprensivi anche della mobilità extra regionale).

La verifica della prescrizione di TAC e RMN Osteoarticolari, prestazioni soggette a condizione di erogabilità, mostra una riduzione 2015 vs. 2016 di RMN (-33%) e TAC (-20%); si riportano di seguito analiticamente i dati relativi agli anni 2012, 2015 e 2016:

ANNI		2012	2015	2016
<b>TAC OA</b>	<b>RER</b>	<b>831</b>	<b>741</b>	<b>590</b>
<b>RMN OA</b>	<b>RER</b>	5.683	9.021	6.226
	<b>Monselice</b>	1.737	814	364
	<b>TOTALE</b>	<b>7.420</b>	<b>9.835</b>	<b>6.590</b>
	<b>TAC + RMN</b>	<b>8.251</b>	<b>10.576</b>	<b>7.180</b>
differenza 2015 - 2012		+28%		
differenza 2016 - 2012		-13%		
differenza 2016 - 2015		-32%		

Inoltre, l'Azienda ha esaminato i quesiti clinici delle prescrizioni informatizzate di TAC e RMN Osteoarticolari relative al 2° semestre 2016, secondo i criteri esplicitati dalla DGR 704/2013, rilevando una appropriatezza complessiva del 32% delle prestazioni esaminate.

Relativamente all'indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012, il rapporto fra le prestazioni complesse (elaborate dai flussi ASA regionali) e la popolazione residente mostra un aumento fra il 2015 e il 2012, ma una sensibile diminuzione fra il 2016 e il 2015 (-30%), con valori inferiori anche al 2012 (vedi tabella sottostante).

<b>TAC e RMN osteoarticolari PRESTAZIONI PER 1.000 ABITANTI</b>		
<b>Anno 2012</b>	63.4	Prest/1000 ab
<b>Anno 2015</b>	81.3	Prest/1000 ab
<b>Anno 2016</b>	55.2	Prest/1000 ab

Prescrizioni e Prenotazioni dei controlli. I percorsi di presa in carico con la prescrizione dei controlli da parte degli specialisti è una tematica già affrontata durante gli anni, e si può confermare che tale modalità

operativa è già ampiamente divulgata; inoltre la prenotazione ad oggi avviene direttamente presso i Punti di Accettazione ambulatoriale o presso i CUP aziendali.

Alla fine del 2015 è stata avviata la prescrizione Dematerializzata da parte degli Specialisti Ospedalieri, che ha registrato durante l'anno 2016 un progressivo incremento. Infatti a novembre 2016 sono state prodotte più di 43.000 prescrizioni. In particolare nell'ultimo trimestre delle quasi 16.000 prescrizioni il 96.5% erano andate a buon fine e solo un 3.5 % aveva registrato degli errori.

Preso in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute/ Nuclei Cure Primarie. Sono attivi, già da diversi anni, percorsi di presa in carico di alcune patologie croniche presso le Case della Salute di Medicina e Castel San Pietro Terme attraverso ambulatori che, con la chiamata attiva e la collaborazione dei Medici di Medicina Generale, dell'infermiere domiciliare e dello specialista, tengono monitorati i pazienti. In particolare i percorsi attivi sono quelli delle Cardiopatia cronica stabilizzata e quello della BPCO. Quest'ultimo in particolare è stato avviato durante l'anno 2016.

### **Obiettivo: Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza**

#### **Risultati 2016**

Gli interventi di medicina di iniziativa avviati a partire dal 2014 sia all'interno della sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola che all'interno delle Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme e Medicina, in coerenza con gli indirizzi strategici ed alle indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna con la D.G.R. 291/2010 e con la recente DGR 2128/2016, hanno visto nel corso del 2016 una ulteriore fase di sviluppo.

Relativamente al progetto di prevenzione primaria "Lettura integrata del rischio cardiovascolare", avviato nell'anno 2015 presso la Casa della Salute di Castel San Pietro Terme con il coinvolgimento di n. 4 Medici di Medicina Generale (MMG) attraverso il reclutamento dei 90 soggetti eleggibili da loro assistiti, l'attività è proseguita in coerenza a quanto pianificato per l'anno 2016 (nello specifico progetto 6.2 del Piano regionale per la prevenzione 2015 – 2018) con la gestione completa della fase di rivalutazione, ad un anno, del target (maschi di 45 anni e femmine di 55 anni); partiti con 90 soggetti eleggibili, l'adesione è stata del 77% e la rivalutazione ad un anno è stata condotta sui 48 soggetti candidabili.

Lo sviluppo della presa in carico e della gestione proattiva delle patologie croniche 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 M.M.G. 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.

Nell'anno 2016 sono stati presi in carico 217 nuovi soggetti, a fronte di 695 soggetti complessivi presi in carico a partire dall'anno 2014. L'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC) è previsto, in accordo con il servizio regionale proponente, per l'anno 2017.

Rispetto alla presa in carico della fragilità, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione" l'Azienda 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.

## **Obiettivo: Ospedali di Comunità**

### **Risultati 2016**

Presso l'AUSL di Imola è attivo, dall'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 delle professioni sanitarie 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.

Nel corso dell'anno 2016 gli operatori dell'Azienda di Imola hanno partecipato al tavolo regionale approntato dal Servizio Assistenza Territoriale che ha definito le caratteristiche e gli standard di riferimento degli indicatori di monitoraggio dell'attività dell'Os.Co. ed iniziato il monitoraggio del relativo flusso SIRCO: a questo proposito si rileva che la degenza media per i primi nove mesi del 2016 (dati attualmente disponibili)

dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme risulta di circa 27 giorni. Le degenze medie di diversi Os.Co. regionali sono state analizzate congiuntamente al tavolo regionale. L'alimentazione del flusso SIRCO è stata effettuata correttamente, con assenza di scarti.

## **Obiettivo: Cure Primarie**

### **Risultati 2016**

Cure palliative. La riorganizzazione della rete locale delle cure palliative così come prevista dalla DGR n. 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, da svolgere 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 D.M. n. 43/2007 si riportano i seguenti andamenti riferiti all'anno 2016:

- numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa – Obiettivo:  $\geq 80\%$ . Per l'anno 2016 l'AUSL di Imola vede una percentuale del 78,3%;
- numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica – Obiettivo:  $\leq 20\%$ . Per l'anno 2016 l'Hospice di Castel S. Pietro vede una percentuale del 32,3%;
- numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore (standard di riferimento  $\geq 65\%$ ). Per l'anno 2015 (ultimo dato disponibile) l'AUSL di Imola vede una percentuale del 59,6%, in riduzione rispetto all'anno precedente (68,3%). La riduzione della performance aziendale che si rileva per l'anno 2015 su questo indicatore è dovuta principalmente alla riduzione dei posti letto dell'Hospice territoriale per le necessità di ristrutturazione dell'Ospedale di Comunità, di cui l'Hospice territoriale è parte integrante assieme alla Struttura Residenziale di Cure Intermedie.

Continuità assistenziale – dimissioni protette. La continuità ospedale – territorio è da anni ambito di impegno per l'Azienda 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.

L'indicatore SIVER proposto è per l'Azienda di Imola (anno 2015, ultimo dato ad oggi disponibile) del 33,9%, in aumento rispetto al valore del 2014 (31,3%).

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.

Percorso nascita. Nell'anno 2016, 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. Sono stati inoltre attivati n. 2 corsi di accompagnamento alla nascita per donne provenienti da altri paesi con la presenza della mediatrice (araba e pakistana), al fine di facilitare l'accesso e la conoscenza dei servizi anche alle donne con una bassa scolarità.

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:

- Numero gravide assistite dai Consultori Familiari (622) / Numero totale dei parti (938) = 66%
- % donne nullipare che nel 1° semestre 2016 hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita / tot. parti nullipare = 63,6%;
- % donne straniere nullipare che nel 1° semestre 2016 hanno partecipato ai corsi / tot. parti donne straniere nullipare = 33,3%.

## **Obiettivo: Salute riproduttiva**

### **Risultati 2016**

Nell'anno 2016 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. Si riportano di seguito alcuni dati di attività:

- % utenti 14-21 anni Spazio Giovani 2016 / pop. = 9.2%
- % utenti 14-21 anni Spazio Giovani 2015 / pop. = 7.1%

E' in corso la progettazione per uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-35 anni).

## **Obiettivo: Promozione salute in adolescenza**

### **Risultati 2016**

Durante l'anno 2016 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.
- Noi e il cibo: il progetto è rivolto alle/i ragazze/i delle scuole secondarie di primo e secondo grado per promuovere un positivo e corretto rapporto con il cibo.
- Il cibo è considerato all'interno di una cornice di significati che comprende, oltre ai fattori biologici, anche quelli psicologici e sociali. Viene favorita la riflessione sui diversi significati del cibo relativi all'ambito affettivo-relazionale, a quello comunicativo e di aggregazione sociale.
- Dai gesti alle parole: il progetto è rivolto alle/i ragazze/i delle scuole secondarie di secondo grado e ha l'obiettivo di prevenire il fenomeno del maltrattamento e della violenza di genere e di favorire la strutturazione di relazioni soddisfacenti tra i due sessi. Questa programmazione si pone l'obiettivo di favorire l'instaurarsi di relazioni armoniche e di promuovere la riflessione sugli stereotipi, educando al rispetto della diversità di genere.
- Sbulliamoci: il progetto è rivolto alle/i ragazze/i delle scuole secondarie di primo e secondo grado per promuovere la solidarietà, l'empatia e l'attitudine alla cooperazione nelle relazioni tra i pari. Lo scopo è quello di fornire gli strumenti per conoscere e affrontare il fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo, prevenendo atti di prevaricazione e violenza.
- Peer Education: progetto sperimentale rivolto alle/i ragazze/i delle scuole secondarie di secondo grado per favorire l'acquisizione di conoscenze attraverso il gruppo dei pari (peer-educators). È stata affrontata la tematica della prevenzione dei rischi mediatici e quella della violenza nelle giovani

coppie. Riguardo a questi argomenti i/le ragazzi/e, assieme ai propri insegnanti, hanno ricevuto un'apposita formazione.

Si riportano di seguito alcuni dati di attività:

- % adolescenti 14-19 anni raggiunti da interventi di promozione salute e sessualità 2016 / pop. = 31.4;
- % adolescenti 14-19 anni raggiunti da interventi di promozione salute e sessualità 2015 / pop. = 30.2.

### **Obiettivo: Percorso IVG**

#### **Risultati 2016**

In merito alla riduzione dei tempi di attesa per IVG chirurgiche si rileva che, nell'anno 2016, la percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale IVG chirurgiche effettuate corrisponde al 37,9%.

### **Obiettivo: Contrasto alla violenza**

#### **Risultati 2016**

Nel corso dell'anno 2016 le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori si sono sviluppate in tre differenti aree:

#### Tavolo di contrasto al maltrattamento di donne e minori

- Convocazioni periodiche (n. 4) 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.

#### Attività di formazione

- Incontro pubblico alla Casa della Salute di Castel San Pietro Terme sulla violenza, diretto alla cittadinanza;
- Iniziativa formativa sulle Mutilazioni Genitali Femminili, interna all'Azienda USL.

#### Attività di prevenzione

- Attuazione di un programma di educazione alla salute negli Istituti Secondari di secondo grado di Imola e circondario contro il maltrattamento alle donne e i minori (vd. 2.3.5).
- Peer Education (vd. 2.3.5).

### **Obiettivo: Assistenza Pediatrica**

#### **Risultati 2016**

Lotta all'antibioticoresistenza. La partecipazione al Progetto ProBA da parte dei Pediatri di libera scelta attraverso la distribuzione, da parte dell'Azienda, dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica, ha visto l'inserimento nell'applicativo web inserito nel sistema SOLE di 838 schede per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite nel corso del 2016, con una media di 44 schede per pediatra. La percentuale di bambini con prescrizione di antibiotico sul totale dei valutati è del 57,3%.

Allattamento. Gli indicatori 2016 non sono ancora disponibili. Nel 2015 si è osservata una percentuale di allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi: pari al 49,5% (Obiettivo 2016: allattamento completo > 52%).

### **Obiettivo: valutazione e qualità delle cure primarie**

#### **Risultati 2016**

Profili di NCP. Il profili di NCP sono stati illustrati sia ai Medici di Medicina generale che ai Pediatri di Libera Scelta, nell'ambito degli incontri del tavolo di Coordinamento dei Nuclei di Cure Primarie (N.C.P.).

Tra gli ambiti di miglioramento individuati si menziona in modo particolare l'appropriatezza prescrittiva delle R.M.N. osteoarticolari. Questo ambito, oltre ad essere periodicamente presidiato dal livello aziendale, è stato utilizzato quale argomento sul quale esercitarsi durante la formazione propedeutica alla organizzazione degli audit clinici che è stata rivolta, nell'autunno 2016, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, con particolare riferimento ai coordinatori di N.C.P. e agli animatori di formazione, con l'intento di diffondere all'interno di tutti i Nuclei gli strumenti per l'analisi del contesto e la gestione dei progetti e delle azioni di miglioramento.

Osservatorio Cure Primarie. Sono stati compilati tutti i dati richiesti dall'Osservatorio regionale sulle Cure Primarie sia relativamente all'attività dei N.C.P. che alla organizzazione delle Case della Salute.

### **Obiettivo: Salute Mentale, dipendenze patologiche**

#### **Risultati 2016**

Le Unità Operative di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda sono organizzate ed erogano prestazioni rispettando gli obiettivi previsti dalle normative regionali e nazionali. A titolo esemplificativo e non esaustivo si ricordano: l'aderenza ai percorsi per i gravi disturbi di personalità, per esordi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, secondo le raccomandazioni regionali, l'adozione di Unità di Valutazione Multidimensionale per tutti i percorsi socio sanitari, metodologia Budget di Salute, monitoraggio della continuità terapeutica nei passaggi tra Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza (NPIA) e servizi per l'età adulta, progetti per il contrasto al gioco d'azzardo, percorsi per i tirocini formativi, interventi con metodologia I.P.S. (*Individual Placement Support*).

Percorsi ed attività vengono monitorati attraverso gli indicatori previsti nelle procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale, gli standard di prodotto dichiarati nei Manuali della Qualità del Dipartimento stesso e attraverso il confronto con il sistema di monitoraggio regionale SIVER.

Durante l'anno 2016, alla luce dei dati SIVER disponibili, riferiti all'anno precedente, sono state intraprese azioni di miglioramento di alcuni indicatori "negativi" che sono proseguite anche nell'anno 2017.

### **Obiettivo: Assistenza territoriale alla persone con disturbo dello spettro autistico (P.R.I.A.) – 2016-2018**

#### **Risultati 2016**

E' stato garantita l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni, in particolare nell'anno 2016 i nuovi accessi ASD (Disturbi dello Spettro Autistico) sono stati n. 13 e per tutti è stato applicato il protocollo diagnostico PRIA.

Per analizzare il livello di facilitazione dell'accesso ai servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico, va detto che nell'anno 2016 i nuovi accessi con diagnosi ASD ed età 0-3 anni sono stati n. 9 e per n. 2 di loro i tempi di accesso al servizio stesso sono stati contenuti entro i 30 giorni come richiesto dalle indicazioni regionali. Per i restanti n. 7, il tempo medio di accesso al servizio per bambini con sospetto ASD 0-3 anni, è stato di 49 giorni. Tale tempistica, che non ha comunque determinato particolari problematiche e/o aggravamenti agli assistiti e ai loro familiari, è determinata in alcuni casi a resistenze dei genitori o a quadri diagnostici particolarmente complessi.

Per la rivalutazione funzionale al 16° anno di età, al fine di una pianificazione delle modalità di passaggio ai servizi per l'età adulta, nell'anno 2016 vi sono stati n. 2 pazienti con diagnosi ASD nati nell'anno 2000 (16 anni) e tutti sono stati rivalutati.

### **Obiettivo: Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale**

#### **Risultati 2016**

La metodologia del Budget di Salute è stata utilizzata nel DSM-DP dell'AUSL di Imola, in particolare nell'area degli adulti, da molto tempo, addirittura 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 D.S.M. - D.P. - 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 (C.S.M.), Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza e Dipendenze Patologiche 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, nel corso degli anni 2015 e 2016, nell'ambito degli eventi formativi previsti dal Dossier Formativo del D.S.M.- D.P., 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 prorogato nell'anno 2016. Si sottolinea, infine, che ogni progetto è stato preceduto da una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.); nell'anno 2016, a fronte di 14 nuovi progetti attivati, sono state quindi effettuate 14 riunioni di U.V.M.

## **Oggetto: Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

### **Risultati 2016**

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 2016 e di trascinarsi degli anni precedenti.

La programmazione complessiva dell'anno 2016, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di Euro 13.435.640,96. 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. Si riportano di seguito, per punti, le attività poste in essere nel corso dell'anno 2016:

- L'Azienda ha effettuato incontri con gli Enti gestori per concordare e coordinare la puntuale applicazione della DGR 273/2016 in vista dell'accreditamento definitivo.
- L'Associazione Alzheimer, in collaborazione con l'Azienda, nel 2016 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 € 1.100,00 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. 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 autorizzati n. 4 soggiorni di sollievo per disabili adulti.
- Sono stati erogati assegni di cura per disabili adulti finalizzati a favorire l'assistenza a domicilio per n. 35 utenti; il totale liquidato nell'anno 2016 per assegni di cura handicap gravi è € 116.852,03.
- E' proseguita l'attività di vigilanza delle strutture autorizzate attraverso la Commissione DGR n. 564 e si sono monitorati gli indicatori socio sanitari nelle strutture Accreditate (ricoveri ospedalieri, accessi al servizio di emergenza accettazione, nonché lesioni da decubito, cadute ...).
- In occasione degli incontri per l'applicazione della DGR n. 273/2016 si è programmato il riconoscimento del rimborso di un numero di ore di sostegno psicologico, come elemento di novità, per l'applicazione dei criteri di accreditamento definito.
- In considerazione delle sollecitazioni Regionali, la Commissione Unità di Valutazione Multidisciplinare, ai sensi della DGR 2068/04, ha rivalutato alcuni casi riqualificando l'offerta dei servizi. L'equipe multiprofessionale aziendale, istituita ai sensi della DGR n. 2068/04, ha effettuato la presa in carico di 4 nuovi utenti a domicilio (di cui 1 affetto da SLA) e di 2 utenti inseriti in residenza: complessivamente gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (C.R.A.)



del territorio sono stati 7; un ulteriore utente ha usufruito di residenzialità in una struttura accreditata fuori territorio. L'équipe multiprofessionale ha effettuato il rinnovo degli assegni di cura in scadenza analizzando tutti i piani assistenziali degli utenti seguiti a domicilio per individuare la sussistenza dei criteri e per verificare il livello di assegno di cura ai sensi della DGR n. 1848/12. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità disabili a carico del FRNA è stata di €. 130.573,77. Nel 2016 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a carico del FNA a favore di n. 24 disabili gravissimi e n. 3 contributi aggiuntivi per assegno di cura per collaboratore familiare per importo di € 176.873,17.

- Per quanto riguarda il programma demenze (DGR n. 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. E' da approfondire la tematica di presa in carico e sostegno dei *caregiver* per le quali verrà fatto un piano formativo nel 2017 rivolto in particolare ai medici di medicina generale. Dal febbraio 2016, grazie alla collaborazione con il medico geriatra del Centro disturbi cognitivi, sono stati utilizzati n. 3 posti della C.R.A Cassiano Tozzoli per periodi di ricoveri di sollievo per un totale di 13 ricoveri (849 gg. di presenza con una media, per ricovero di 68 gg.).
- Nel mese di marzo 2016 ha preso avvio un Progetto sperimentale in materia di vita indipendente coordinato dall'Ufficio di Supporto e di Piano del Nuovo Circondario Imolese. Si è costituita una Cabina di Regia del progetto con componenti dell'Azienda e del Servizio Sociale Territoriale dell'ASP Circondario Imolese.
- Si sono incontrati nelle diverse sedi, l'Associazionismo ed i familiari dei disabili per illustrare il progetto e conoscere le attività volte a promuovere le autonomie già in essere nel contesto territoriale.
- Sono iniziati sia i colloqui con le famiglie che l'attività di valutazione delle competenze delle persone disabili con idonei strumenti; ciò allo scopo di evidenziare le potenzialità dei singoli utenti nel rispetto ad una ipotesi di vita indipendente. E' partita contemporaneamente una analisi del contesto per rilevare le risorse utili ad accogliere le attività previste nel progetto.
- E' stata infine programmata un'attività di formazione rivolta agli operatori A.S.P. e agli educatori coinvolti nel progetto stesso.
- Nell'ambito dell'attività del Tavolo di promozione e sostegno del caregiver del Nuovo Circondario Imolese, sono stati presentati i dati di un questionario rivolto ai professionisti dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio assistenziale operanti sul territorio al fine di evidenziare i bisogni del *caregiver*.
- Tra i bisogni maggiormente rilevati sono stati riportati il bisogno di ascolto e di informazioni per svolgere meglio il lavoro di cura.
- Una prima risposta a tale esigenza è rappresentata dalla Procedura "Addestramento del *caregiver* per pazienti con bisogni assistenziali complessi" già approvata nel 2016 dall'Azienda per assolvere a quanto previsto dalla normativa (DGR n. 220/2014), con lo scopo di favorire il rientro e/o la permanenza al domicilio di utenti con bisogni assistenziali complessi non programmabili, attivando e sviluppando le capacità tecniche del *caregiver* e del familiare attraverso interventi di educazione terapeutica. Sono stati completati gli strumenti per la pratiche assistenziali di tracheoaspirazione e gestione della tracheostomia, gestione catetere vescicale, Gestione SNG/PEG/PEJ, gestione dell'ossigenoterapia,

gestione del catetere venoso, terapia anticoagulante, addestramento del caregiver dei pazienti con esiti di Stroke. E' previsto l'addestramento del *caregiver* prima della dimissione e, qualora necessario, un collegamento con il servizio infermieristico domiciliare per il monitoraggio del mantenimento della idoneità.

- Si è partecipato ai gruppi di lavoro sul "Protocollo di Continuità di Cura di giovani con disabilità di età compresa fra i 16 e i 22 anni" della Città Metropolitana nel dicembre 2015.
- Nell'anno 2016 sono iniziati contatti fra servizi finalizzati a percorsi facilitati a favore di disabili adulti con autismo o disturbi del comportamento per l'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e per i prelievi ematici. Si è consolidato una programmazione delle sale operatorie per assolvere alla domanda legata alla disabilità.

Si riportano di seguito alcuni indicatori di attività:

- Utilizzo FNA: in sede di previsione sono stati imputati al 40% i servizi di cui alla DGR n. 2303/2016 in continuità con gli anni precedenti per un importo totale di €. 388.713,00, di questi, utilizzati € 335.486,70.
- Ricoveri di sollievo  $\geq 0,5$  % giornate annue in C.R.A.: le giornate di sollievo nel 2016 sono state n. 526. Il numero complessivo delle presenze nelle C.R.A. del 2016 è di 178.871, pertanto la % delle giornate di sollievo è di 0,29% sui posti totali; stante il dato, si è programmato per il 2017 un incremento dei 2-3 posti di sollievo.
- Non è stato formalizzato un programma aziendale specifico per la presa in carico di disabili nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e per assistenza specialistica, tuttavia sono stati fatti gruppi di lavoro che hanno istituito dei percorsi agevolati nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza per persone fragili con codici di riconoscimento dedicati.
- Per quanto riguarda programmi di continuità assistenziale nei servizi per disabili minori ed adulti è presente una procedura che prevede il passaggio, dalla neuropsichiatria alla U.V.M. adulti, già dall'età di 16 anni.

Nel corso dell'anno 2016 sono stati valutati dalla Commissione U.V.M. 12 casi relativi a minori provenienti dalla Neuropsichiatria Infantile.

**Obiettivo: Spesa farmaceutica convenzionata, territoriale ed acquisto ospedaliero di farmaci e dispositivi medici**

**Risultati 2016**

**Obiettivi Farmaceutica**

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2016 è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2015 a e alla media regionale.

La spesa complessiva (convenzionata + acquisto ospedaliero) registra un incremento del +5,2% a fronte di una media regionale di incremento del +3,6%.

<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>var % 2016 - 2015</b>	<b>var % Media RER 2016 - 2015</b>
<b>Farmaceutica convenzionata</b>	€ 17.381.123	€ 17.215.673	-1,0%	-3,9%
<b>Acquisto Ospedaliero</b>	€ 16.415.813	€ 18.476.642	11,6%	8,7%
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA</b>	<b>€ 33.796.936</b>	<b>€ 35.692.315</b>	<b>5,2%</b>	<b>3,6%</b>
<b>Acquisto Ospedaliero</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>var % 2016 - 2015</b>	<b>var % Media RER 2016 - 2015</b>
<b>Totale Acquisto Ospedaliero</b>	<b>€ 16.415.813</b>	<b>€ 18.476.642</b>	<b>11,6%</b>	<b>8,7%</b>
<i>di cui</i>				
Consumi interni	€ 6.109.907	€ 6.877.645	9,9%	6,5%
Diretta ex Osp 2	€ 4.712.022	€ 5.008.459	6,3%	11,8%
DD Fascia A	€ 5.593.884	€ 6.590.539	18,1%	8,9%

(Fonte dati: reportistica RER)

### **Farmaceutica convenzionata**

In relazione alla farmaceutica convenzionata l'obiettivo di riduzione assegnato dalla Regione all'AUSL di Imola era pari al -9,9% prevedendo una spesa totale quindi pari a € 15.651.000.

Pur mettendo in campo una sistema di azioni volte al progressivo raggiungimento dell'obiettivo, e ponendo a bilancio economico preventivo 2016 una previsione di risparmio del -6,6%, la spesa farmaceutica convenzionata ha registrato un decremento del -1% pari a €- 165.450, risultato a fronte del quale l'Azienda si è impegnata e protesa a ulteriormente potenziare le azioni con particolare riferimento al sistema strutturato di monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie e di singolo MMG, presidiando in particolare i fenomeni di iperprescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale, e rispetto all'andamento temporale nonché alle azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche quali: Inibitori di pompa protonica, Statine, Sartani, Ace Inibitori oltre ad azioni di incremento delle attività di Distribuzione Diretta secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

### **Farmaceutica Ospedaliera**

In relazione alla spesa farmaceutica ospedaliera l'obiettivo assegnato dalla Regione richiedeva un incremento del +5,8% rispetto al 2015. A consuntivo 2016 l'incremento registrato dall'AUSL di Imola risulta pari al +11,6% (fonte dati RER) ripartito tra:

- Consumi interni + 9,9%
- Distribuzione diretta ex osp 2 +6,3%
- DD di fascia A + 18,1%

Gli elementi che concorrono all'incremento della spesa per acquisto ospedaliero sono i seguenti:

- a) € +720.000 riguarda il consumo di emoderivati e fattori della coagulazione correlati alla contingenza di paziente emofilico prescritto da Centro autorizzato di Bologna; valore che trova sostanziale copertura nell'ambito dei ricavi mediante apposito rimborso regionale.
- b) € +157.000 relativi alla distribuzione diretta di farmaci per la cura di malattie rare.

- c) € +177.000 relativi a maggiori volumi di Distribuzione diretta farmaci "Per conto" da parte delle Farmacie convenzionate.
- d) € +209.000 riguarda il maggiore volume di farmaci in Distribuzione Diretta da parte del Servizio Farmaceutico aziendale, per pazienti cronici presi in carico, anche da centri prescrittori esterni nonché per pazienti in dimissione da degenza.
- e) € +340.000 riguarda il maggiore consumo interno di farmaci oncologici correlati all'aumento dell'attività di chemioterapie EV (pari ad un +7% n. +230).
- f) € +75.000 per l'erogazione di nuovo farmaco per la fibrosi cistica a favore di pazienti risultati eligibili secondo i criteri regionali.
- g) € +127.000 di Vaccini (con AIC) per la Pediatria di Comunità derivante dall'incremento nel numero di somministrazione di vaccini erogati (in particolare meningococco C) dalla Pediatria di Comunità a recupero di 2 coorti di pazienti. L'incremento, inoltre, comprende altresì le somministrazioni di vaccini in co-payment (con contropartita nell'ambito dei ricavi) con riferimento in particolare al meningococco B.

Al netto del maggior costo per i fattori della coagulazione, variabile con significativo aumento nel corso del 2016 rispetto al 2015 (€ + 720.000 circa), l'incremento della spesa farmaceutica per acquisto ospedaliero è ricondotta a +8,8% per le motivazioni sopra indicate.

Posto che i valori di consumo dell'AUSL di Imola riflessi nei flussi regionali (AFO-FED) non comprendono i valori di pay back, si deve evidenziare che, i valori effettivi economici a bilancio 2016 e 2015 relativi all'area dei farmaci, considerati al netto del pay back per Epatite C e Oncologici AIFA, determinano uno scostamento del + 5,5%, in linea con l'obiettivo regionale.

Infine, si evidenzia come l'utilizzo dei farmaci innovativi per Epatite C non ha determinato nel 2016 aumenti di costo rispetto all'esercizio precedente per effetto dei minori prezzi di acquisto consentendo peraltro un incremento nel numero dei pazienti trattati. Il costo di tali farmaci è stato interamente coperto in parte da finanziamento regionale ed in parte dai valori di pay back, per scaglioni di trattamento.

Per quanto riguarda i farmaci innovativi oncologici, l'incremento è stato interamente coperto da finanziamento regionale.

Si rappresenta di seguito la sintesi dei farmaci innovativi 2016-2015

SINTESI FARMACI INNOVATIVI Fonte dati: report RER	Consuntivo 2015			Consuntivo 2016			Var 2016-2015
	Epatite C	Oncologici	TOTALE	Epatite C	Oncologici	TOTALE	
Consumo lordo	€ 1.752.484	€ 326.312	€ 2.078.796	€ 1.521.346	€ 439.851	€ 1.961.197	-€ 117.599
Pay back	€ 436.413		€ 436.413	€ 922.985		€ 922.985	€ 486.572
Finanziamento RER			€ 1.343.000	€ 597.500	€ 440.000	€ 1.037.500	-€ 305.500
<b>saldo a bilancio</b>			<b>€ 299.383</b>	<b>€ 861</b>	<b>-€ 149</b>	<b>€ 712</b>	
Pay back Accordi negoziali Aifa					€ 45.563		
<b>saldo a bilancio</b>				<b>€ 861</b>	<b>-€ 45.149</b>	<b>-€ 44.288</b>	

Si illustra di seguito l'analisi degli obiettivi di cui alla DGR 1003/2016:

Contenimento consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno.

Il contenimento del consumo di PPI territoriale, alla luce delle indicazioni e dell'utilizzo appropriato e limitato nel tempo, viene perseguito da alcuni anni in questa Azienda attraverso azioni che prevedono incontri di nucleo e coi singoli prescrittori territoriali e ospedalieri per la valutazione e discussione delle reportistiche specifiche di prescrizione e delle criticità riscontrate. Ad aprile 2016 è stato introdotto il modulo di prescrizione specialistica dei PPI con lo scopo di responsabilizzare gli specialisti ospedalieri, in fase di dimissione, nei confronti dell'appropriatezza prescrittiva. A tutt'oggi, secondo il monitoraggio interno effettuato sulle dimissioni, l'utilizzo di questo modulo si attesta attorno al 50% dei casi. I dati totali di prescrizione per 1.000 assistiti pesati /die di PPI a livello dei NCP dei MMG dell'AUSL di Imola evidenziano una diminuzione rispetto alla prescrizione 2015 (65,22% nel 2016 vs 70,09% nel 2015) pari a quasi -7%, ma ancora molto lontano dall'obiettivo regionale di riduzione del 16%. La percentuale di riduzione territoriale per 10.000 abitanti pesati / die (da fonte regionale) è ancora più lontana dall'obiettivo (-5% circa).

Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale con l'obiettivo di giungere al termine dell'anno 2016 ad un ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi della specifica classe terapeutica.

Il contenimento delle prescrizioni di Sartani non coperti da brevetto ed in particolare di Olmesartan, anche alla luce delle evidenze scientifiche che non ne supportano il ricorso rispetto agli altri farmaci della classe ATC corrispondente, è stato oggetto nel 2016 di periodici incontri di nucleo e coi singoli prescrittori territoriali e ospedalieri. Per quanto riguarda la diminuzione della prescrizione di Sartani non coperti da brevetto, si registra a livello dei NCP dell'AUSL di Imola, una situazione pressoché immutata rispetto al 2015, con una percentuale di prescrizione di Sartani in lista di trasparenza pari a 89,55%. I dati territoriali globali (fonte regionale) mostrano per Imola l'aumento di prescrizione di Sartani in lista di trasparenza di +1,3% ed una relativa percentuale di Sartani in lista sul totale di Sartani pari a 91,4%. Si specifica che Olmesartan solo e associato a Idroclorotiazide ha perso il brevetto a marzo 2017.

Contenimento dell'uso delle Statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età > di anni 80. L'uso appropriato delle Statine, anche alla luce delle evidenze scientifiche che non ne supportano il ricorso nei pazienti over 80 in prevenzione primaria, è stato oggetto, nel 2016, di periodici incontri di nucleo e coi singoli prescrittori. Causa limiti oggettivi sulla reportistica dovuti a difficoltà di incrocio coi dati SDO non è stato possibile ottenere una rendicontazione puntuale sui dati di prescrizione 2016 nella situazione oggetto di monitoraggio.

Uso appropriato della Vitamina D, riservando il trattamento ai pazienti con valori ematici della vitamina giudicati carenti e limitando l'esecuzione del dosaggio ematico della vitamina ai soli casi previsti.

In particolare viene richiesto di giungere nel corso dell'anno alla pressoché totale riduzione della prescrizione dell'associazione irrazionale tra bifosfonati e vitamina D. Per sostenere tali azioni si chiede di diffondere, anche tramite momenti formativi, il documento regionale "Pacchetto informativo Vitamina D per la pratica. Dagli studi recenti più smentite che conferme".

L'uso appropriato della vitamina D, anche alla luce delle indicazioni di utilizzo di cui al pacchetto informativo divulgato ai prescrittori, è stato oggetto nel 2016 dei periodici incontri di nucleo e coi singoli prescrittori. Per quanto riguarda l'azzeramento della prescrizione dell'associazione bifosfonati e vitamina D, si registra a livello dei NCP dell'AUSL di Imola una generale progressiva diminuzione rispetto al 2015 (-4,6% 2016 vs

2015: dato per 10.000 abitanti pesati/die, fonte regionale) ma non un azzeramento (prescrizione 2016 = circa 25 DDD\*10.000 abitanti pesati/die). Le azioni intraprese continueranno anche nel 2017.

Uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione o gravati da elevate resistenze, tra i quali penicilline associate a inibitori delle betalattamasi, fluorochinoloni, e per l'età pediatrica anche cefalosporine e macrolidi.

L'uso appropriato degli antibiotici sistemici è stato oggetto nel 2016 di periodici incontri di nucleo e coi singoli prescrittori. E' stato inoltre organizzato un evento formativo sul tema rivolto sia ai medici convenzionati che ai medici ospedalieri. Per quanto riguarda l'andamento della prescrizione territoriale si segnala per il 2016 vs 2015 un aumento di 0,9% per 10.000 abitanti pesati/die, con un aumento della prescrizione, in controtendenza rispetto all'obiettivo regionale, di circa 11% per le associazioni di penicilline associate ad inibitori delle betalattamasi compensato però da una sensibile riduzione (-15,5%) di prescrizione di fluorochinoloni.

Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO.

Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto. A tal proposito si conferma l'adesione alle raccomandazioni regionali sia sui farmaci oncologici come da indicazioni della Commissione regionale del farmaco concordate con i clinici nel gruppo GreFO.

Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni: epoetine il 60%; 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; anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole; insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati; introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica.

Considerato che nel corso del 2016 si sono verificati difficoltà di approvvigionamento del biosimilare aggiudicato in gara regionale, il consumo/prescrizione di EPO biosimilare sul totale EPO è stato pari al 52,6% per la Nefrologia e del 53,3% per il Dipartimento Medico Oncologico nel suo complesso.

Antivirali diretti per il trattamento dell'Epatite C cronica.

Per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica si conferma, anche per l'anno 2016, che l'utilizzo dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti, circa mensilmente, dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco (Doc. PTR n° 229), privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità, in funzione delle condizioni contrattuali al momento in vigore e distribuendo le

risorse fra le Aziende sulla base delle priorità definite. In Azienda l'utilizzo dei farmaci rivolti al trattamento dell'Epatite C è stato condotto osservando i criteri e le priorità definite dal gruppo di lavoro regionale e dalla Commissione Regionale del farmaco. Sotto il profilo del valore economico del consumo lordo si è registrata una diminuzione di € -230.000, operando al contempo un aumento del n.ro dei pazienti trattati che sono passati da n. 30 del 2015, di cui n. 6 hanno proseguito nel 2016, a n. 41 pazienti del 2016.

Farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età: utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo per terapia con allineamento alla media regionale per le realtà con maggior spesa per trattamento.

In relazione all'utilizzo dei farmaci per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età, ci si avvale dell'allestimento da parte del laboratorio farmacologico dell'Ospedale Bellaria al fine di realizzare l'uso dei farmaci con migliore rapporto efficacia e sicurezza. Sono stati realizzati n. 298 allestimenti da Lab farmacologico con Avastin rispetto ai n. 86 allestimenti dell'anno precedente in cui si era avviata tale modalità.

Perseguire l'uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche.

In relazione all'uso appropriato degli antibiotici, al fine del controllo delle resistenze batteriche, l'Azienda nel complesso ha registrato un sostanziale mantenimento dei consumi in DDD\*giornate di degenza pari a -0,1%. Al contempo, si è registrata una significativa riduzione dei Carbapenemici (-22%) e dei Fluorichinolonici (-39%) attraverso la combinazione di azioni di intervento e monitoraggio aziendali.

Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci.

L'acquisizione dei farmaci avviene regolarmente nel rispetto degli esiti delle gare regionali.

Migliorare completezza flusso dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica): tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico > 95%. In relazione al tasso di copertura del flusso consumi Di.Me rispetto al conto economico, l'Azienda ha posto in essere degli interventi di verifica e miglioramento di corretta allocazione dei prodotti nonché verifiche sull'alimentazione del flusso, volti a miglioramento dell'indicatore rispetto al 2015 ove l'AUSL di Imola registrava un valore del 90,23%. Il valore a consuntivo sarà evidenziato nella Relazione sulla performance per il 2016. La spesa 2016 per Dispositivi Medici risulta inferiore a quella del 2015.

Attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del progetto Bersaglio. Per le aziende il cui valore 2015 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una riduzione della spesa: Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità; Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità; Spesa Suture meccaniche (CND H02), per dimesso chirurgico corretto per complessità; Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità; Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG.

Sulla base dei dati di contabilità analitica, l'andamento della spesa 2016 delle categorie CND richieste registra complessivamente valori inferiori all'anno precedente -9,4%, pari a circa € -79.000.

In particolare, la CND K02 Dispositivi per elettrochirurgia rileva una riduzione del -23,14%, pari a circa €- 52.800; la CND H02 Suture meccaniche registra una spesa inferiore del -9,39% pari a circa €- 19.500; la CND M0404 Medicazione registra una riduzione del -3,9% pari a € 9.800 circa; la CND T0102 Guanti non chirurgici presenta un andamento in sostanziale mantenimento € +2,3% pari a € + 3.500 circa.

**Oggetto: Attuazione della L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni specialistiche ambulatoriali"**

**Risultati 2016**

La Legge Regionale n. 2/2016 ha ridefinito numerosi aspetti dell'assistenza farmaceutica sostituendo pressoché integralmente la precedente Legge 19/1982. In particolare i punti principali della nuova legge riguardano:

- la formalizzazione per conferma o rettifica delle piante organiche delle farmacie da parte dei comuni tassativamente entro settembre 2016 (competenza comunale);
- la ridefinizione degli orari minimi comunali (competenza comunale);
- la modalità di effettuazione turni di servizio delle farmacie a partire dall'anno 2017 (competenza comunale);
- la predisposizione di un portale Web informativo contenente le varie informazioni rivolte all'utenza relativamente all'attività delle farmacie convenzionate (recapiti, indirizzi, orari, turni, ferie, ecc.) (competenza AUSL).

Tutte queste attività sono state svolte, nel rispetto dei tempi definiti dalla Regione Emilia Romagna, quando tassativi (pianta organica a cura dei Comuni e attuazione portale Web a cura dell'Ufficio Stampa dell'AUSL di Imola). Inoltre, nel corso dell'anno 2016 è stata effettuata, pur non avendo un termine preciso di attuazione, la ridefinizione degli orari minimi settimanali delle farmacie da parte di comuni e la formalizzazione degli orari effettivi da parte delle farmacie convenzionate da parte dell'Azienda. La definizione dei turni di servizio delle farmacie, a cura dell'AUSL di Imola e la definizione delle modalità di effettuazione turno a cura dei Comuni, di cui alla LR 2/2016 come modificata dalla LR 25/2016, sono ricomprese cumulativamente all'interno di un'unica bozza di provvedimento aziendale in attesa di rivalutazione da parte dei Comuni tenuto conto del parere dell'ordine dei Farmacisti e delle Associazioni di categoria.

**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

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

**Risultati 2016**

Attuazione del progetto regionale sulle modalità di gestione dei Ricoveri programmati coordinato dall'Azienda Ospedaliera di Bologna. Nel corso del 2016 l'AUSL di Imola ha aderito al progetto di implementazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste d'Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero programmato.

In particolare, per tramite dei suoi referenti, ha attivamente partecipato alle attività del gruppo di lavoro regionale per la definizione del disciplinare tecnico, allegato operativo alla deliberazione regionale di



prossima approvazione. Si evidenzia che il Responsabile unico aziendale, per la gestione del progetto SIGLA, per l'anno 2016 coincide con il Direttore Sanitario.

E' stato, inoltre, completato il piano di informatizzazione del sistema di rilevazione delle liste d'attesa.

### **Oggetto: Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**

#### **Risultati 2016**

La DGR n. 2040/2015 prevede una riduzione dei Posti Letto nell'Area Metropolitana di Bologna (da 4.640 PL nel 2015 a 4.415 PL). Tale obiettivo sarà perseguito nell'ambito della programmazione metropolitana sulla base delle linee di programmazione già individuate, con particolare riferimento alla conversione in regime ambulatoriale dei DH oncologici, al recupero delle efficienze produttive e alla riorganizzazione dell'area post-acuzie con conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale attraverso il potenziamento della rete delle cure intermedie. Rispetto alle sopracitate linee di programmazione, da sviluppare in maniera condivisa ed integrata in Area Metropolitana, l'AUSL di Imola ha fornito il proprio contributo.

In applicazione della DGR n. 463/2016, il piano-programma aziendale ha previsto il trasferimento, in regime ambulatoriale, dei DH oncologici entro l'anno 2016; il percorso di conversione è stato operativamente avviato a partire dal 23/11/2016 e poi completato entro l'anno. Dal 01/01/2017, quindi, il 100% dei DH oncologici sono stati trasferiti in regime ambulatoriale.

Con riferimento agli indicatori su volumi ed esiti del DM 70/2015 (e successiva DGR 2040/2015), si riportano le seguenti considerazioni.

Tumore della mammella. Nel corso dell'anno 2015, presso l'Ospedale di Imola, sono stati effettuati n. 116 interventi per tumore maligno della mammella; i cittadini residenti dell'AUSL di Imola hanno complessivamente effettuato n. 143 interventi, di cui n. 105 presso l'Ospedale di Imola (73%), n. 8 presso il S. Orsola, n. 26 presso altre strutture RER e n. 4 fuori RER (fonte dati: Programma Nazionale Esiti – P.N.E. ed. 2016). Come evidenziato nella nota inviata alla Regione E-R in data 22/01/2016, il livello di dipendenza della popolazione dall'Ospedale di Imola si attesta al di sopra del 70%, con circa 30 casi di mobilità passiva verso Bologna e Romagna.

Colecistectomia laparoscopica. Come precisato nella nota inviata alla Regione E-R il 30/03/2016, gli indicatori Programma Nazionale Esiti di riferimento per il DM 70/2015, analizzando i dati per presidio di ricovero, non tengono conto dei ricoveri effettuati nella Struttura Semplice di UO interaziendale "Chirurgia Generale presso il Presidio Ospedaliero di Imola" (attivata dal 01/08/2014), la cui attività viene rendicontata nel flusso SDO regionale come attribuita all'AOU di Bologna (reparto "00914-CHIRURGIA GENERALE") e che nel 2015 ha effettuato n. 115 ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica, per un totale complessivo di 181 interventi effettuati presso i reparti di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Imola, al di sopra quindi della soglia di 100 interventi annui prevista dal DM 70/2015.

Frattura del femore. Nel 2015 presso l'Ospedale di Imola sono stati effettuati 236 interventi chirurgici per frattura del femore (fonte dati: P.N.E. ed. 2016), con il 91% di pazienti over 65 operati entro le 48 ore.

I dati provvisori a settembre 2016 (fonte: SIVER) evidenziano una percentuale di pazienti over 65 entro le 48 ore pari all'87%, sempre quindi al di sopra della soglia prevista.

Per quanto riguarda l'indicatore "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario" si è mantenuto al di sotto del target di riferimento: 0,18 nel 2015 e 0,19 nel 2016 (fonte: reportistica predefinita RER). Il rapporto tra i ricoveri erogati in D.H. sul totale dei ricoveri (D.O. e D.H.) per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza risulta in lieve riduzione nel 2016 (0,43) rispetto al 2015 (0,44), mentre è sostanzialmente invariato relativamente ai soli DRG 008-266-538. Sul tema della riduzione dei ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, nel 2017 sono stati assegnati specifici obiettivi di budget alle Unità operative per le quali l'indicatore "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario" è risultato più critico.

La degenza media pre-operatoria si è ridotta nel corso del 2016: i dati provvisori (fonte: SIVER) aggiornati a settembre evidenziano una degenza pre-operatoria pari a 1,11, in riduzione rispetto allo stesso periodo del 2015 (1,27).

Per le reti Hub and Spoke tempo dipendenti (I.M.A., Traumi e Stroke) si riportano le seguenti considerazioni: Rete cardiologica. Nel corso dell'anno 2015 risultano n. 289 ricoveri per IMA presso l'Ospedale di Imola. Correggendo il dato con i risultati dell'audit condotto a livello aziendale (che ha evidenziato da un lato alcune criticità nella qualità della codifica dell'I.M.A. STEMI e dall'altro che alcuni casi non trattati con PTCA rappresentavano in effetti delle "eccezioni" in quanto la complessità del quadro clinico, le comorbidità e l'età avanzata del paziente rendevano la rivascolarizzazione non indicata) la coerenza finale dell'indicatore è pari all'85%.

Rete Stroke. La percentuale di trombolisi endovenose effettuate per ictus ischemico nell'anno 2015 è stata pari al 6% (fonte: SIVER). Come emerso nel corso della presentazione degli indicatori PNE/SIVER ai Comitati di Dipartimento, i risultati di questo indicatore non sembrano rispecchiare la reale attività clinica: è stata infatti rilevata una criticità relativa alla mancata codifica della procedura (cod. ICD9CM 99.10) nella SDO.

Si evidenzia che la mortalità a 30 giorni dei pazienti ricoverati per ictus ischemico presso l'Ospedale di Imola è molto bassa (tasso aggiustato pari al 4,8%, significativamente inferiore alla media nazionale; fonte: PNE ed. 2016).

Rete Trauma. Il riferimento HUB per l'AUSL di Imola è il Trauma Center dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Si evidenzia che l'AUSL di Imola partecipa attivamente al Gruppo di Revisione Percorsi Riabilitativi dell'Area Metropolitana (istituito con nota dell'AUSL di Bologna del 26/10/2016) che ha ricevuto, come mandato dalle Direzioni Generali delle Aziende di Area Metropolitana, la predisposizione e formalizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di Area Metropolitana per le mielolesioni (traumatiche e non traumatiche) e per le gravi cerebrolesioni acquisite (rete GRACER).

Per la rete dell'emergenza ospedaliera l'Azienda è dotata di un Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti (P.E.M.A.F.) già a partire dall'anno 2013, a seguito del terremoto in Emilia dell'anno 2012. E' previsto un aggiornamento dello stesso nel corso dell'anno 2017.

La qualità del flusso di Pronto Soccorso (E.M.U.R.) per l'AUSL di Imola è, da tempo, di livello notevole; da anni, infatti, la diagnosi di dimissione è compilata e i dati sono inviati con tempestività.

La procedura interaziendale per la gestione del Servizio di Trasporto delle Emergenze Neonatali (STEN) è stata formalizzata e applicata a decorrere dal 15/12/2016. È attualmente in corso di formalizzazione la procedura aziendale per la gestione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM).

### **Obiettivo: Attività trasfusionale**

#### **Risultati 2016**

La rete del Sistema sangue della RER è organizzata secondo il modello *Hub and Spoke* che fa riferimento al Centro Regionale Sangue (C.R.S.).

Il C.R.S. è la Struttura di Coordinamento tecnico organizzativa della Regione che garantisce attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in sinergia con il Centro Nazionale Sangue (C.N.S.).

Il C.R.S. si avvale del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) dell'AUSL di Bologna per la gestione delle attività di competenza. In particolare, il C.R.S. concorre al raggiungimento dell'obiettivo strategico del SSN, a valenza sovra-aziendale e sovra-regionale, dell'autosufficienza quantitativa e qualitativa. Attraverso accordi convenzionali annuali, il C.R.S. garantisce il sangue, ad alcune Regioni carenti, quali Sicilia e Toscana. Pertanto, il C.R.S., attraverso il SIMT dell'AUSL di Bologna, raccoglie le disponibilità e le capacità produttive eccedenti il fabbisogno locale presente sul territorio regionale e, prioritariamente, le colloca in Regione (Strutture e Ospedali carenti) e successivamente fuori Regione (Regioni carenti).

Nel contesto regionale l'area di maggior sofferenza in termini di carenza di sangue ed emocomponenti è rappresentata dall'Area Metropolitana Bolognese, facente parte dell'Area Vasta Centro, per la presenza di due Strutture sanitarie con determinate peculiarità: l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Entrambe le suddette Strutture si caratterizzano per interventi e prestazioni di alta specializzazione, con un elevato impiego di sangue ed emocomponenti, per pazienti/utenti residenti nell'area metropolitana e provenienti da diverse realtà nazionali ed internazionali.

In particolare, il territorio imolese presenta alcune rilevanti peculiarità per il Sistema Sangue regionale:

- i donatori del territorio imolese sono oltre il 5% della popolazione residente sopra la media regionale e nazionale;
- l'indice di donazione annuo per donatore nel territorio imolese è maggiore del 2%;
- le donazioni rapportate alla popolazione per mille abitanti sono, nel territorio imolese, sopra 100 unità decisamente oltre la media regionale e nazionale;
- l'indice di consumo e di globuli rossi (UT trasfuse) nel territorio imolese, in rapporto alle prestazioni sanitarie e indicatori di appropriatezza, è stato sia nel 2014 che nel 2015 decisamente inferiore al 40% ogni mille abitanti del territorio. Il consumo di emocomponenti come il plasma e le piastrine risultano molto contenuti.

Rispetto agli specifici obiettivi assegnati all'Azienda per l'anno 2016 si evidenzia che:

- il braccialetto identificativo del paziente risulta applicato e utilizzato dal 28 dicembre 2016 (come previsto dal DM 2.11.2015) sia per i pazienti trasfusi in regime di ricovero che trasfusi in regime ambulatoriale e in strutture protette del territorio;

- il servizio trasfusionale dell'AUSL di Imola ha contribuito nel 2016, come in passato, al mantenimento del livello di autosufficienza regionale mediante un'attività di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica del sistema sangue regionale e locale; inoltre è assicurata, da novembre 2016, l'estensione generalizzata dell'accesso alla donazione su prenotazione in stretta collaborazione con le associazioni del territorio.
- è stato attivato, presso il punto raccolta sangue e plasma aziendale, il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica dell'AOSP di Bologna ed evitare la perdita dei donatori.
- a partire dall'anno 2017 sono attivi i prelievi di sangue anche presso la struttura di raccolta sangue di Imola al fine di contribuire all'incremento del numero di donatori del Registro del Midollo Osseo;
- il supporto trasfusionale del territorio aziendale è stato pienamente assicurato in piena integrazione con il S.I.M.T. dell'Area Metropolitana di Bologna anche attraverso l'unificazione delle procedure e istruzioni operative verificate nel corso delle procedure comuni di accreditamento avvenute nel giugno del 2016.

### **Obiettivo: Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

#### **Risultati 2016**

La verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i trapianti (CRT-ER) della relazione annuale è stata effettuata dal Responsabile dell'Ufficio di Coordinamento locale durante l'anno 2016.

Nel corso dello stesso anno si è mantenuta costante l'attenzione per i pazienti con lesioni encefaliche severe ricoverati in Area Critica, portando ad un totale di n. 4 segnalazioni di possibili donazioni.

Numero di donazioni di cornee: il risultato 2016 si conferma, come per gli anni precedenti, ampiamente superiore rispetto allo standard richiesto (equivalente al 16% dei decessi). Infatti sono stati prelevati in tutto 114 cornee su un totale di 58 donatori.

Infine, durante l'anno 2016, l'Azienda (con Delibera n. 193 del 19/12/2016) ha istituito l'Ufficio di Coordinamento Aziendale *Procurement*, identificando le figure professionali coinvolte, le loro funzioni e responsabilità. Di particolare importanza è stato il corso organizzato in Azienda sul tema delle donazioni di organo (tenutosi il 14/12/2016) con la partecipazione del personale del CRT-ER.

### **Obiettivo: Sicurezza delle cure**

#### **Risultati 2016**

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 2016 la rete dei referenti *Incident Reporting* e quindi il sistema di segnalazione, nonché il flusso SIMES anche nel 2016; è stato, inoltre, effettuato puntualmente il caricamento dei dati nel data base regionale. Sono state adottate in tutte le specialità chirurgiche, le schede SOS NET 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. In particolare, nel corso dell'anno 2016, si è provveduto a:

- pubblicazione e diffusione della procedura aziendale prevenzione violenza su operatore;
- revisione procedura allontanamento paziente da struttura sanitaria;
- revisione e diffusione della procedura di gestione in sicurezza delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro a cui hanno fatto seguito n. 3 eventi formativi;
- recepimento della procedura provinciale gestione della terapia trasfusionale con progettazione di evento formativo per anno 2017.

Infine, è stato elaborato un Piano per la prevenzione delle cadute e ha attivato un Tavolo multidisciplinare per l'applicazione delle Linee Guida Regionali.

### **Obiettivo: 118 e Centrali operative**

#### **Risultati 2016**

L'AUSL di Imola ha recepito i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico secondo le indicazioni del DPR del 27 marzo 1992 e successivamente rivalutati con nota PG/2016/0336654 del 09/05/2016 della Regione Emilia Romagna. A tale riguardo sono stati organizzati appositi corsi di formazione per il personale infermieristico del 118 che si completeranno durante l'anno 2017. I corsi in oggetto sono stati suddivisi nelle tipologie FAD (formazione e distanza) e in formazione sul campo.

### **Obiettivo: Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli enti del SSN, nel rispetto del pareggio di Bilancio e della garanzia dei LEA**

#### **Risultati 2016**

Nel richiamare a completamento il paragrafo 5.1 "Sintesi del Bilancio e Relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico – finanziari", l'AUSL di Imola chiude il Bilancio di Esercizio 2016 registrando un utile pari a € 3.190,56. Nel corso del 2016 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.

### **Obiettivo: Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**

#### **Risultati 2016**

Nel corso del 2016 l'AUSL di Imola ha pagato i fornitori costantemente prima della scadenza contrattuale.

Nel caso in cui parte delle fatture non poteva essere pagata in attesa, ad esempio, della validazione regionale si è provveduto a pagare le restanti fatture prima della scadenza.

L'Anticipazione di tesoreria è stata utilizzata tutti i mesi per far fronte al pagamento degli stipendi o dei contributi in attesa della rimessa mensile con la quale il conto di tesoreria ritornava in attivo.

Non appena questo avveniva si è provveduto a pagare i fornitori per mantenere il saldo vicino allo zero fino al momento del pagamento degli stipendi.

L'Azienda ha dato applicazione all'art 41 del D.L. n. 66/2014, si veda in proposito il capitolo: "*Attestazione dei tempi di pagamento ai sensi dell'art 41 del dl 66/2014*".

L'AUSL di Imola aderirà alla convenzione regionale per il servizio di tesoreria con decorrenza 1° gennaio 2018, secondo il calendario programmato, e a tal fine provvederà a dare disdetta al contratto attualmente in vigore entro il 30 giugno 2017 così come previsto nella convenzione vigente.

## **Obiettivo: Miglioramento del sistema informativo contabile**

### **Risultati 2016**

Applicazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 - L'AUSL di Imola ha dato applicazione alle linee guida emanate dalla regione in materia di applicazione del D.Lgs 118/2011.

Gli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) sono stati compilati nel rispetto della normativa.

E' stato correttamente utilizzato il Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale e ogni qualvolta si è reso necessario istituire un nuovo conto, su indicazione regionale o per esigenza aziendale, l'Azienda ha provveduto a darne comunicazione alla Regione per la sua corretta riclassificazione rispetto al piano dei conti regionale, a quello ministeriale e a quello previsto dal D.Lgs 118/2011;

I modelli ministeriali CE, SP ed LA sono stati compilati correttamente e nel rispetto delle scadenze previste.

Utilizzo della piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali - L'Azienda ha provveduto ad alimentare nei tempi previsti la piattaforma regionale sugli scambi economici e patrimoniali fra Aziende sanitarie della regione e la GSA, anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale.

Questo ha consentito l'esatta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA e la quadratura delle posizioni di debito e di credito al 31/12/2016.

In relazione alla Contabilità Analitica l'Azienda ha impostato e aggiornato il Piano dei Centri di Costo/Responsabilità aziendali al fine di consentire la rilevazione dei dati economici correlati alle prestazioni erogate nell'ambito delle Case della Salute che sarà garantita secondo il modello di rilevazione e le linee guida regionali.

Per quanto riguarda la rilevazione dei costi e dei ricavi del presidio ospedaliero, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016, l'Azienda si è attivata alla verifica e ottimizzazione di quanto necessario per consentire la rilevazione dei costi e dei ricavi del presidio ospedaliero, secondo il nuovo modello CP allorquando sarà richiesto.

## **Obiettivo: Attuazione del percorso Attuativo della certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende sanitarie**

### **Risultati 2016**

L'AUSL di Imola ha dato attuazione al PAC regionale nel rispetto delle azioni previste dall'Allegato 1 alla DGR n. 150/2015, come evidenziato nelle verifiche trasmesse con prot. 29314 del 30/09/2016 e prot. 9934 del 30/03/2017. Per quanto riguarda la tempistica, l'Azienda ha provveduto autonomamente nei tempi previsti dalla delibera a:

- Effettuare la ricognizione dei regolamenti
- Adottare il Regolamento di Budget
- Redigere ed applicare le procedure
  - Rilievi Revisori e regione
  - Area Immobilizzazioni
  - Area Rimanenze
  - Area Patrimonio Netto.

Per quanto riguarda l'area Crediti-Ricavi e l'area Disponibilità liquide, l'AUSL di Imola ha incaricato il direttore amministrativo dell'AUSL di Bologna, in accordo con gli altri Direttori Amministrativi dell'Area Metropolitana di Bologna, di costituire il Gruppo di regia PAC dell'Area Metropolitana di Bologna coordinato dal Direttore Responsabile del Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (AUSL Bologna, AOU Bologna, IOR Bologna).

Il Gruppo ha provveduto a promuovere a livello interaziendale un confronto in tema di Certificabilità delle procedure Amministrativo-contabili e favorire una applicazione omogenea nelle aziende sanitarie di area provinciale delle indicazioni regionali. La maggior parte delle procedure è stata adottata entro il 30 settembre 2016 mentre quelle relative ad alcuni temi specifici sono state adottate entro il 31 dicembre 2016.

In maniera analoga, per l'area Debiti-Costi sono stati costituiti dei gruppi interaziendali per la redazione di procedure uniformi o, quando possibile, uniche per tutta l'area metropolitana.

Le procedure saranno adottate nei tempi utili per consentire le revisioni limitate del ciclo passivo in scadenza il 30/09/2017.

Nel corso del 2016 i revisori dell'Azienda hanno provveduto ad effettuare, entro i tempi previsti, le revisioni limitate che avevano scadenza il 31/12/2016, come segue:

- la revisione limitata relativa all'area Patrimonio Netto è stata trasmessa con lettera prot. 21592 del 12/07/2016.
- la revisione limitata relativa all'area Rimanenze è stata trasmessa con lettera prot. 32515 del 28/10/2016.
- la revisione limitata relativa all'area Immobilizzazioni è stata trasmessa con lettera prot. 38843 del 27/12/2016.

Gli esiti delle di verifiche di validità svolte dal Collegio Sindacale hanno evidenziato, in ognuna delle revisioni, che per ogni punto oggetto di verifica l'obiettivo è stato pienamente conseguito attraverso le azioni del PAC.

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

#### **Risultati 2016**

Nel corso del 2016 l'AUSL di Imola ha fornito alla Regione i dati richiesti per la predisposizione del capitolato e per la creazione di una banca dati unica regionale.

Il personale dell'Azienda ha garantito la partecipazione, secondo le rispettive competenze, ai gruppi di lavoro coordinati dal livello regionale collaborando alla definizione delle Anagrafiche (Conti economici, Patrimoniali, Codici Prodotto, Fattori produttivi, ecc.) finalizzate alla implementazione della nuova soluzione applicativa per la gestione informatizzata dell'Area Amministrativo-Contabile. L'anagrafica fornitori è stata aggiornata in vista dell'unificazione in un'unica anagrafica regionale.

### **Oggetto: Il governo del processo di acquisto di beni e servizi**

#### **Risultati 2016**

Pianificazione triennale degli acquisti di beni e servizi. L'AUSL di Imola ha collaborato nella realizzazione del *Masterplan* Regionale 2016/2018, comunicando la propria programmazione per il tramite del Servizio Acquisti Metropolitan. Il DPCM 22 dicembre 2015 prevede che l'approvvigionamento dei prodotti riguardanti 19

categorie merceologiche debba avvenire obbligatoriamente tramite iniziative dell'Agazia Intercent-ER quale *Soggetto Aggregatore*.

Come precisato nella Determinazione n. 16723 del 26/10/2016 della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare, relativa al *Masterplan* 2016/2018, nel caso in cui non fossero attive convenzioni stipulate dal Soggetto Aggregatore, le Aziende Sanitarie possono acquisire beni/servizi attraverso procedure di acquisto in forma singola o aggregata, per garantire la continuità dell'approvvigionamento, fino alla data di attivazione delle iniziative regionali. L'AUSL di Imola ha aderito a tutte le iniziative regionali attive e si è attenuta alla programmazione AVEC.

Per quanto riguarda la disposizione introdotta dalla Legge di stabilità per l'anno 2016, secondo la quale è obbligo per le Aziende Sanitarie ricorrere al Soggetto Aggregatore per le acquisizioni di beni e servizi in ambito I.C.T., si precisa che, con nota prot. n. 0060500 del 23 maggio 2016, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha reso noto che Intercent-ER avrebbe provveduto a tali acquisti nel *Masterplan* 2017/2019 e che pertanto per l'anno 2016 le procedure di gara dovevano essere svolte a livello aziendale o in forma aggregata.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie. L'Agazia Intercent-ER aveva richiesto alle Aziende Sanitarie di stipulare una convenzione per l'assegnazione temporanea di personale per lo svolgimento di gare per conto dell'Agazia; le funzioni richieste riguardavano l'attività di Responsabile Unico del Procedimento (RUP). L'AUSL di Imola non ha stipulato la convenzione con Intercent-ER in quanto non erano presenti in Azienda dipendenti in possesso delle professionalità richieste che potessero effettuare gare con funzione di RUP. Si evidenzia che, a partire dall'anno 2013, l'attività di Provveditorato è stata delegata al Servizio Acquisti Metropolitan (S.A.M.) mentre l'Economato può effettuare solo gare sotto soglia per importi inferiori a € 20.000,00.

Dematerializzazione del processo del ciclo passivo. In ottemperanza alla DGR n. 287/2015, dal 31/01/2016 sono state inserite nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedono l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici ed inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il sistema SiCiPa-ER. Per quanto riguarda l'emissione e la ricezione degli ordini e D.D.T. elettronici attraverso il sistema NoTI-ER, l'AUSL di Imola ha subito un ritardo in quanto si sono presentati dei malfunzionamenti di collegamento tra NoTI-ER ed il programma di contabilità aziendale OliAmm. Risolte tali problematiche l'Azienda ha potuto procedere secondo le disposizioni regionali.

Sviluppo dell'e-procurement. La piattaforma di e-procurement consente, oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria.

L'AUSL di Imola non ha effettuato procedure di gara per beni e servizi utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale in quanto, dall'anno 2013, l'attività di Provveditorato è stata delegata al Servizio Acquisti Metropolitan SAM di Bologna. Si riportano di seguito i seguenti Indicatori:

- Nell'anno 2016 l'AUSL di Imola ha avuto un livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) pari al 72,4% 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 del valore economico di € 4.851.694, relativo ad un contratto stipulato nel 2013 e in scadenza nel 2017. Tale valore economico essendo così elevato incide pesantemente sulla percentuale



complessiva che, senza tale valore supererebbe abbondantemente il 78% richiesto. Attualmente è in corso una procedura per il servizio di pulizia, attivata da Intercent-ER, nella quale è compresa anche Imola.

- Il totale degli importi dei contratti anno 2016 relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati con convenzioni Intercent-ER sono pari al 79,59% del totale dei contratti relativi alle stesse categorie e non è stato possibile raggiungere la percentuale richiesta dell'85% per le seguenti motivazioni: per alcune tipologie di farmaci da marzo a ottobre 2016 sono state effettuate "gare ponte" in AVEC in quanto la convenzione Intercent-ER è stata attivata solo a novembre 2016; per Antisettici nell'anno 2016 sono stati effettuati acquisti in Area Vasta in quanto non vi erano convenzioni Intercent-ER attive.

## **Oggetto: Il governo delle risorse umane**

### **Risultati 2016**

Il Piano annuale delle assunzioni è stato presentato alla Regione Emilia-Romagna ed è stato approvato con la fissazione della percentuale specifica di copertura del turnover del personale legato alla assistenza con nota del 12.5.2016 prot. n. 15159. Successivamente - in esito alla autorizzazione regionale per la copertura di ulteriori n. 7 posti di personale medico e di n. 2 posti di personale del comparto, nonché alla valorizzazione della percentuale di copertura autorizzata dall'80% al 90% - l'Azienda ha proceduto alla copertura di tutti i posti autorizzati. Si precisa, inoltre, che nel corso del 2016 si sono resi vacanti n. 7 posti di Direttore di Struttura Complessa la cui situazione è di seguito riportata:

- Anestesia e Rianimazione: è stata richiesta ed ottenuta autorizzazione alla copertura ed è in corso di espletamento il concorso pubblico.
- Medicina interna: si è stabilito di non richiedere alcuna autorizzazione.
- Ortopedia e traumatologia: è stata richiesta ed ottenuta autorizzazione alla copertura e sono state espletate le procedure concorsuali con successiva nomina del vincitore.
- Geriatrics: il titolare aveva anche l'incarico di Direttore del Distretto e non è stata ancora concessa autorizzazione.
- Medicina Fisica e Riabilitazione: per la copertura delle funzioni si sta valutando una sinergia con la struttura di Montecatone Rehabilitation Institute.
- Pediatria: sono in corso di valutazione le modalità di copertura;
- Oculistica: è stata richiesta autorizzazione alla copertura.

Nel corso dell'anno 2016 si provveduto alla ricollocazione del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior che è stato assegnato alla Azienda di Imola (n. 2 unità) definitivamente a decorrere dal 1.1.2017 previo utilizzo dell'istituto del comando e da ultimo (dal 1.10.2016) in assegnazione a titolo non oneroso a seguito di apposita convenzione con la Croce Rossa stessa.

Per quanto concerne il personale del ruolo amministrativo e tecnico non sono state effettuate, nel corso dell'anno 2016, assunzioni a tempo indeterminato. Il numero delle cessazioni è stato, per il ruolo amministrativo, limitato ad una sola unità e non si è dato corso alla copertura. Per quanto concerne il ruolo

tecnico si è proceduto al conferimento di incarico a tempo determinato di un ingegnere (categoria D) a seguito della cessazione di una unità e dell'attuazione di una collaborazione con la Agenzia Sanitaria Regionale per un'ulteriore unità.

L'impegno della Direzione aziendale al rispetto delle disposizioni contenute nell'art. 14 della Legge 161/2014 in materia di orario di lavoro, riposi giornalieri e settimanali, è testimoniato dalle disposizioni inviate a tutti i responsabili nonché dalle riunioni cui i medesimi sono stati coinvolti, al fine di garantire il rispetto delle predette norme. Sono state date altresì indicazioni di ritorno in merito alla situazione degli sforamenti, limitati a situazioni di criticità, peraltro contemplate nelle disposizioni a suo tempo inviate.

Sono proseguiti, e in gran parte conclusi, i 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.

Un apposito Gruppo di lavoro - costituito dai Direttori delle Unità Operative Risorse Umane del Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (S.U.M.A.P.) - ha predisposto un documento progettuale in cui sono individuati tempi e modalità per l'integrazione delle citate attività; integrazione effettiva che avrà il suo avvio nel corso dell'anno 2017.

Nel corso dell'anno 2016 il personale amministrativo dell'UO Risorse Umane, del Distretto e dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete è stato impegnato per la 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 G.R.U. rispettando le scadenze individuate nel crono programma.

Per lo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, nel corso dell'anno 2016 (dal 1.8.2016) si è dato corso alla cessione, all'AUSL di Bologna, del Laboratorio Analisi che è pertanto confluito nel Laboratorio Unico Metropolitan. Il provvedimento (deliberazione n. 105 del 4/07/2016) ha comportato la cessione di 5 unità mediche di 3 biologici e di 19 tecnici di laboratorio con una minore spesa sul Bilancio 2016 di circa € 600.000.

Per quanto attiene i Processi di stabilizzazione a tempo indeterminato del personale dipendente, gli obiettivi previsti dalla DGR n. 1735/2014 sono stati completati; è stato possibile pianificare, in coerenza con il Piano di Assunzioni e senza pregiudizio all'equilibrio del sistema, la copertura di n. 21 posti vacanti con il personale a tempo determinato che li ricopriva a seguito della loro utile collocazione in graduatoria di pubblico concorso. Per quanto concerne la limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata, si fa presente che nel corso dell'anno 2016, a differenza di quanto avvenuto negli anni precedenti, si è dovuto far ricorso a forme di lavoro atipico (interinali) per il tempo strettamente necessario all'approvazione della graduatoria di infermiere professionale.

Relativamente alle azioni per l'applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane nei confronti delle Società Partecipate, questa Azienda ha fornito a Montecatone Rehabilitation Institute, già a partire dall'anno 2015, una serie di indicazioni attuative della

Legge 89/2014 e delle indicazioni regionali; in particolare è stato previsto il blocco assoluto del turn-over del personale amministrativo, tecnico e professionale e la possibilità di assunzione limitata al personale dell'area assistenziale.

### **Oggetto: Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

#### **Risultati 2016**

L'Azienda ha disciplinato nel dettaglio competenze e procedure con proprie deliberazioni (n. 123/2014 e n. 165/2014) e nel corso degli anni 2014 e 2015 si è dotata degli strumenti e delle risorse necessarie per garantire l'avvio e la gestione della sperimentazione.

Gli assetti organizzativi e le procedure aziendali risultano sostanzialmente aderenti alle più recenti Linee di indirizzo emesse dalla Direzione Generale Cura della persona e welfare (prot. n. 776113 del 20.12.2016).

Per quanto riguarda le risorse, nell'anno 2016 sono state confermate le collaborazioni già in essere negli anni precedenti (è stata inoltre espletata procedura di selezione ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 e s.m. per un laureato in giurisprudenza con abilitazione, al termine dell'incarico di collaborazione coordinata e continuativa precedentemente conferito). Per quanto riguarda il rispetto delle previsioni di cui alla determinazione dirigenziale 4955 del 10.4.2014, con le tempistiche ivi previste è stato inviato al Nucleo Regionale di Valutazione l'elenco dei sinistri potenzialmente sopra soglia aperti nel corso del 2016 e l'aggiornamento rispetto alle comunicazioni precedenti, relative ai sinistri delle annualità 2014-2015: nota prot. 20586 del 1/7/16 e nota prot. 38629 del 22/12/16. Anche nel corso del 2016 è stata garantita la tempestiva e completa alimentazione del sistema informativo regionale. Infine, si riporta lo stato dei sinistri in gestione diretta aperti nel periodo dal 1.5.2014 al 31.12.2016:

- totale sinistri n. 123;
- di cui sinistri liquidati n. 7;
- di cui sinistri per i quali il CVS ha deciso la reiezione n. 44;
- di cui sinistri relativi a mere attivazioni dell'A.G. privi di richieste di risarcimento n. 24;
- totale sinistri pendenti (in corso di istruttoria, negoziazione, mediazione, in causa): n. 48.

E' altresì stata garantita la gestione dei sinistri aperti sulle polizze RCT in vista della progressiva definizione dei casi pendenti.

### **Oggetto: Piattaforme logistiche ed informatiche più forti**

#### **Risultati 2016**

Information Communication Technology (ICT). Nel corso dell'anno 2016 è stata garantita la massima collaborazione dei servizi coinvolti (Risorse Umane, Dipartimento Cure Primarie e Tecnologie Informatiche e di Rete) per l'implementazione della nuova piattaforma regionale GRU (Gestione Risorse Umane) partecipando al gruppo di lavoro specifici e fornendo tutti i dati ed elaborazioni necessarie per avviare la fase di implementazione aziendale nel 2016 e l'avvio dell'utilizzo dal 01/01/2017 secondo quanto previsto nella pianificazione definita nel progetto esecutivo.

In merito al progetto relativo alla realizzazione di un software unico per la Gestione dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC) l'AUSL di Imola ha garantito, la massima collaborazione dei servizi coinvolti (Contabilità e Finanza, Economato e Logistica, Controllo di Gestione e Tecnologie Informatiche e di Rete) per

l'implementazione della nuova piattaforma regionale, partecipando ai gruppo di lavoro specifici, identificando il referente aziendale, fornendo tutti i dati ed elaborazioni necessarie per avviare la fase gara (in particolare capitolato definitivo e avvio gara Intercent-ER) nel corso dell'anno 2016 e l'avvio dell'utilizzo dal 01/01/2018 secondo quanto previsto dal progetto regionale.

Realizzazione e diffusione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (S.S.I.). Dopo aver contribuito alla realizzazione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (S.S.I.) e alla fase di sperimentazione da parte di due Medici di Medicina Generale, anche presso l'AUSL di Imola, nel 2016, è iniziata la fase di diffusione sui medici convenzionati. Tale fase è stata avviata in data 21 luglio 2016 attraverso un incontro di presentazione delle caratteristiche della S.S.I. ai medici a cui hanno presenziato, oltre al responsabile di progetto CUP2000, anche i Direttori Generali dell'AUSL di Imola e della società CUP 2000. L'adozione della S.S.I. è stata proposta a tutti i medici neo convenzionati ed a tutti i medici già in convenzione. Alla data del 31.12.2016 nessun Medico di Medicina Generale ha adottato il nuovo applicativo. Tra i molteplici fattori che incidono sulla mancata adesione, si segnala che i novantasei (96) medici che afferiscono all'AUSL di Imola, già da diversi anni, utilizzano tutti lo stesso applicativo.

Per quanto riguarda il sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), l'AUSL di Imola ne ha garantito l'avvio in data 04/07/2016, nel rispetto della pianificazione Regionale prevista, ed ha fornito la massima collaborazione dei servizi coinvolti con i referenti regionali incaricati.

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha inoltre garantito il supporto richiesto per giungere all'utilizzo del software unico per il sistema trasfusionale regionale; si sottolinea però che la procedura di gara non è stata aggiudicata definitivamente in quanto sono in corso ricorsi finalizzati all'annullamento della stessa, dinanzi agli organi giurisdizionali preposti, da parte della ditte partecipanti.

L'adempimento previsto nel D.Lgs 179/2012, relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni, è stato attuato attraverso l'adeguamento dei software di prescrizione aziendali già alla fine del 2015, nel rispetto della normativa vigente. Nel corso del 2016 è stata garantita, in particolare, la massima diffusione a tutti i medici specialisti aziendali e miglioramenti al SW per una maggiore fruibilità.

Per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) le indicazioni contenute nel DPCM 178/2015 hanno portato a recepire, nel corso del 2016, i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE. In particolare i nuovi consensi SOLE sono stati messi in produzione nel 2016 come da programmazione regionale (vedi IQ 2016 CUP 2000) e vengono raccolti solo da FSE o all'atto del rilascio delle credenziali. Sono stati, inoltre, resi disponibili i documenti sanitari relativi al Laboratorio Analisi, Radiologia, Pronto Soccorso, specialistica ambulatoriale (ad esclusione dei referti ambulatoriali di ORL e Gastroenterologia) e Lettere di dimissione.

Nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti, è stato effettuato un lavoro di verifica delle prestazioni prenotabili on line. La Regione Emilia-Romagna aveva indicato che le 155 prestazioni oggetto di monitoraggio dovessero essere rese prenotabili on-line. Successivamente ha allargato la lista ad ulteriori 475 prestazioni di Radiologia e specialistica. L'AUSL di Imola è passata da un iniziale 68% delle prestazioni di monitoraggio prenotabili on line al 95%. Per le altre prestazioni che la Regione ha chiesto, l'AUSL di Imola si è impegnata a configurare altre prestazioni passando dall'iniziale 39% al 59%.

La dematerializzazione delle fatture è continuata anche nell'anno 2016 attuando le disposizioni normative in materia relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e documenti di trasporto. In particolare è stato garantito il rispetto delle tempistiche di adeguamento del software come da progetto Intercent-ER implementando la dematerializzazione ordini e documenti di trasporto con collaudo effettuato in data 05/10/2016.

Relativamente al perfezionamento del Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – è stata garantita la predisposizione e il completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa, inviando la prima estrazione in data 10 agosto 2016 e garantendo il pieno regime del flusso a novembre 2016.

Relativamente al Sistema informativo regionale, come per gli anni precedenti, l'Azienda ha posto molta attenzione alla produzione dei flussi informativi e anche nel 2016 ha garantito tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS quali: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e Neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO.

Nello specifico, per quanto riguarda il flusso del Pronto Soccorso, oltre a garantirne la tempestività richiesta, è stata elevata la qualità del dato rilevato e trasmesso.

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

### **Risultati 2016**

Piano investimenti. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L. 67/88, ed in seguito alla firma dell'Accordo di programma Addendum avvenuto nel corso del 2016, l'AUSL di Imola, con i tecnici interni dell'Unità operativa Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, ha attivato la progettazione dell'intervento APB 20 *"Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola"* per un importo di Euro 900.000,00. Il tutto al fine di inviare la documentazione necessaria per accedere all'ammissione al finanziamento, prevista nei primi mesi dell'anno 2017.

Per quanto riguarda le richieste di liquidazione degli interventi rientranti nei programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011 l'AUSL di Imola aveva già adempiuto, tempestivamente, ad inviarle all'ufficio regionale competente.

Gestione del patrimonio immobiliare. Per quanto concerne l'obiettivo regionale di costituzione del fondo immobiliare per la gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare, l'AUSL di Imola ha fornito tutte le informazioni tecnico giuridico ed amministrative necessarie alla costituzione del fondo stesso partecipando agli incontri regionali e inviando le documentazioni richieste.

Per il 2016 la programmazione aziendale prevedeva la realizzazione degli interventi necessari e la presentazione di SCIA ai fini dell'adeguamento antincendio delle strutture soggette, secondo quanto previsto dal DM 19 marzo 2015. Sono state pertanto presentate al Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Bologna:

- Progetto e SCIA antincendio del Padiglione 1-2 del Presidio Sanitario "L. Loli".
- Progetto e SCIA antincendio dell'Ospedale Civile Vecchio di Imola.
- Progetto e SCIA antincendio dell'Ospedale di Comunità-Casa della salute di Castel San Pietro Terme.
- SCIA antincendio del Polo Sanitario di Medicina.

E' stato, inoltre, ottenuto il CPI della centrale termica e del gruppo elettrogeno del Polo Sanitario di Medicina. Nel 2016 è stata integrata la valutazione, redatta nel 2015, della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali delle strutture ospedaliere di Imola e di Castel San Pietro Terme in particolare per le aree strategiche, in conformità alle informazioni ed indicazioni fornite dai componenti del gruppo Regionale per la sismica nel corso degli incontri Regionali.

Le verifiche della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali delle strutture ospedaliere sono state effettuate dal personale dipendente dell'AUSL di Imola mediante sinergia tra le competenti Unità Operative aziendali. Sono state avviate anche le attività necessarie per la riduzione del rischio sismico realizzabili con mezzi e fondi aziendali: per la parte prettamente legata agli investimenti si è provveduto alla sua programmazione nel piano investimenti in funzione della disponibilità di fondi.

Manutenzione. Per quanto riguarda l'effettuazione della manutenzione ordinaria, l'AUSL di Imola, nel corso del 2016, 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'effettuazione della gara Intercent-ER sopra indicata, per l'AUSL di Imola il costo della manutenzione ordinaria nell'anno 2015 si è attestato ad un importo di € 18,87 al mq (nel 2014 era di € 19,67 al mq) rimanendo, pertanto, ad un livello inferiore al costo medio regionale di € 23,45 al mq nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza.

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. Nell'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; in seguito a tale determinazione l'AUSL di Imola ha ricontrattato nel 2015 il costo del teleriscaldamento con il gestore (Hera) ottenendo significativi risparmi.

Alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione ed in particolare al Servizio Strutture Sanitarie e Sociosanitarie vengono regolarmente fornite dall'Energy Manager di Area Vasta Emilia Centro 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);
- sostituzione delle tubazioni del cunicolo tecnologico dell'ospedale di Castel San Pietro T. adeguatamente isolate e aderenti alle norme in grado di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici;
- utilizzo 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 2016 annoveriamo quelli attuati presso: il reparto di geriatria e lungodegenza dell'Ospedale

di Imola, il reparto di Cure intermedie presso l'Ospedale di Comunità – Casa della Salute di Castel San Pietro T. ed il porticato Ospedale Vecchio di Imola illuminato a led.

Riguardo alle misure volte all'uso razionale dell'energia ed alla corretta gestione ambientale si è proseguito con le attività, promosse dalla Regione Emilia Romagna quali: il monitoraggio e la sensibilizzazione sullo spegnimento (fuori orario di servizio) dei PC aziendali, le azioni di informazione, la raccolta di segnalazioni tramite il progetto *"Io spengo lo spreco"*. Inoltre, con la raccolta periodica dei dati di lettura dei contatori è stata garantita una corretta fatturazione ed un monitoraggio delle perdite o di eccessivi consumi.

Gestione dei rifiuti sanitari. Le attività di controllo della produzione di rifiuti condotte nel corso del 2016 hanno riguardato:

- la realizzazione di iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per la corretta gestione ambientale (personale coinvolto 30).
- 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.

Per quanto riguarda le azioni strutturali nella gestione dei rifiuti, in seguito alla riorganizzazione di Area Vasta Emilia Centrale dei laboratori analisi e alla modifica del lay-out della sede di Imola, è stata ottimizzata ulteriormente la gestione dei reflui sanitari provenienti dalle apparecchiature di analisi, mediante la loro separazione in scarichi idrici per i rifiuti non pericolosi, con monitoraggio degli stessi scarichi ospedalieri mediante l'ausilio di Hera (gestore del Servizio Idrico Integrato).

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 varie aree di sosta ad accesso riservato per lo stazionamento delle biciclette dei dipendenti.

L'AUSL di Imola ha aderito al "Progetto felici in bici" promosso dalla Regione Emilia-Romagna e dal Comune di Imola, nel quale i dipendenti hanno potuto compilare un questionario sulla mobilità casa-lavoro. I risultati del progetto hanno fornito dati utili per la programmazione degli interventi futuri e sono stati resi noti nel corso del convegno "In bici è meglio", organizzato dal Comune stesso.

Il Piano di spostamento casa-lavoro nel 2016 è proseguito con un approfondimento congiunto con T-Per (società di trasporti regionale) in merito alle possibili agevolazioni sugli abbonamenti sottoscritti dai dipendenti.

Tecnologie biomediche. L'AUSL di Imola ha garantito l'invio del flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (G.R.T.B.) rispettando le seguenti scadenze:

- I semestre 2016: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con e-mail del 22/07/2016 e con scadenza al 15/09/2016 ed inviato in data 19/08/2016;

- II semestre 2016: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con e-mail del 20/01/2017 e con scadenza al 10/02/2017 ed inviato in data 31/01/2017.

Relativamente alle procedure di acquisizione di nuove tecnologie biomediche e agli obblighi di istruttoria, si evidenzia che l'AUSL di Imola, nel corso dell'anno 2016, ha sottoposto al G.R.T.B. l'acquisizione di grandi tecnologie non innovative quali: Sistema per Radiologia Digitale, un Ortopantomografo Digitale e un mammografo Digitale con Tomosintesi e Stereotassi in data 13/05/2016, approvata con nota RER del 10/06/2016.

Per garantire il monitoraggio delle modalità e dei tempi di utilizzo di TAC, RM, Mammografi e Robot chirurgici, l'AUSL di Imola ha garantito, attraverso il competente servizio di Ingegneria Clinica, l'invio dei format debitamente compilati al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche.

I tempi e modalità di trasmissione sono di seguito riportati:

- Monitoraggio utilizzo TAC e Risonanze Magnetiche - attività 2015: richiesto dalla Regione Emilia-Romagna in data 24/02/2016 e con scadenza al 31/03/2016 ed inviato in data 30/03/2016.
- Monitoraggio utilizzo Robot Chirurgici: non presenti presso AUSL IMOLA.
- Monitoraggio utilizzo Mammografi: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con Mail del 06/10/2016 e con scadenza al 28/10/2016 ed inviato in data 21/10/2016.

## **Obiettivo: le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**

### **Risultati 2016**

Sostegno attività di ricerca. L'AUSL di Imola supporta l'attività di ricerca svolta a livello locale e contribuisce puntualmente all'alimentazione dell'applicativo AReR. Peraltro, non essendo attualmente implementato, a livello aziendale, un applicativo gestionale a supporto delle attività di ricerca, il database regionale AReR rappresenta per l'AUSL di Imola un valido strumento informatizzato di supporto al monitoraggio e tracciabilità delle attività di ricerca svolte in Azienda, sia sul piano delle caratteristiche tecnico-metodologiche, sia sul piano delle caratteristiche economiche e amministrative.

È stato effettuato un accesso regolare all'applicativo (almeno un accesso a trimestre).

Per l'anno 2016 sono state inserite e validate 3 schede, in linea con la media degli anni precedenti. In considerazione del fatto che l'Azienda generalmente partecipa, con proprie Unità Operative, a progetti multicentrici, l'inserimento delle schede è effettuato compatibilmente alla possibilità di agganciare la scheda a quella inserita e validata dall'Ente capofila del progetto di ricerca.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza. L'Azienda ha partecipato nel 2016, al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza. Il risultato 2016 ha visto il raggiungimento totale dell'obiettivo con una sorveglianza che ha raggiunto il 100% degli interventi non ortopedici in elezione.

Per quanto riguarda la partecipazione al flusso "*Laboratori - LAB del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali*"; l'invio quadrimestrale è stato regolarmente effettuato fino a giugno 2016. Successivamente, a seguito della cessione del ramo d'azienda del Laboratorio Analisi, l'adempimento è passato all'Unità Operativa Batteriologia dell'AOSP di Bologna.



Il consumo di soluzione alcolica quale indicatore dell'adesione all'igiene delle mani per il primo semestre 2016 è risultato pari a 20 litri per 1.000 giornate di degenza.

Nel 2016, inoltre, l'applicazione MAppER è stata sperimentata e gli operatori che rilevano l'adesione all'igiene delle mani sono stati opportunamente formati. Per l'anno 2017 si è provveduto al noleggio di supporti informatici (tablet) per consentire l'uso routinario dell'applicazione in modo da digitalizzare il flusso dei dati vs Regione Emilia Romagna.

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' stata inoltre garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da C.P.E. con regolare compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert).

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento. L'Area Accreditamento e Qualità nel 2016 ha pianificato e organizzato l'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. Nel corso del 2016 le Unità Operative oggetto di verifica ispettiva interna sono state quelle afferenti al Dipartimento Emergenza Accettazione. La Direzione del Dipartimento ha deciso di sperimentare il nuovo modello di accreditamento previsto dalla DGR 1604/2015 ed ha prodotto una check-list di autovalutazione ai fini di misurare l'avvicinamento ai requisiti e relative evidenze previste dall'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012. Oltre all'autovalutazione su check list, il DEA ha elaborato e presentato la revisione del Manuale Qualità in coerenza con gli 8 criteri previsti dalla nuova normativa.

Le verifiche ispettive interne hanno generato un ottimo spirito di collaborazione tra gli operatori, valutati e valutatori, stimolando l'applicazione degli strumenti tipici del modello di gestione in qualità e facilitando l'individuazione, la pianificazione e la messa in atto, ove necessario, di azioni e progetti di miglioramento.

Inoltre, nel corso dello stesso anno:

- la Banca delle Cornee afferente all'Unità operativa di Oculistica è stata oggetto di rinnovo documentale della certificazione esterna del Centro Nazionale Trapianti;
- la S.S.D. Centro raccolta sangue e Immunoematologia è stata accreditata nel contesto dell'accREDITAMENTO regionale del Sistema sangue provinciale (SIMT AMBO).

Promozione di politiche di equità e partecipazione. L'equipe locale Equia/PRP ha partecipato attivamente al percorso formativo. N.6 professionisti referenti e/o responsabili di setting del Piano della Prevenzione hanno partecipato al Laboratorio formativo Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione - Area Vasta Emilia Centro nelle giornate del 26 -27 aprile 2016.

Il 29 giugno 2016, inoltre, si è svolto a Imola l'incontro post formazione con un rappresentante dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, il referente aziendale equità ed i partecipanti al corso.

Il 15 settembre 2016, infine, si è svolto a Imola l'incontro di coordinamento/supervisione EQUIA-Piano della Prevenzione con la presenza dei soggetti sopraindicati e del referente aziendale per l'attuazione del Piano Regionale Prevenzione. L'AUSL di Imola ha quindi raggiunto l'obiettivo della formazione.

L'Azienda ha, inoltre, effettuato i seguenti incontri di valutazione tramite EqIA/PRP, raggiungendo gli obiettivi previsti:

- Equia progetto 2.8 obbligatorio - Promozione attività motoria - Corso Walking leader – Incontro del 25 luglio 2016 con equipe mista composta da 13 persone preceduto da incontro organizzativo concluso con report e azioni di miglioramento; il corso ha raddoppiato le presenze e ne è stata richiesta una edizione nel Comune di Castel San Pietro Terme.
- Equia progetto 2.12 facoltativo - Implementazione programmi screening oncologici - Percorso colon retto – Incontro del 21 ottobre 2016 con equipe mista composta da 15 persone preceduto da incontro organizzativo concluso con report; per le azioni previste di miglioramento della comunicazione si attendono i materiali regionali.
- Equia progetto 4.1 obbligatorio - Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione disabile -Incontro organizzativo del 12 ottobre 2016 - Seminario del 20 dicembre 2016 su Promozione attività fisica, sport e disabilità per medici di medicina generale, professionisti, associazioni, mondo sport, istituzioni ecc. Si è programmato, per l'anno 2017 un incontro Equia/gruppo misto su progettazione del corso di formazione obbligatorio da realizzare entro l'anno.

Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie. Il programma formativo presentato ed attuato nell'anno 2016 risponde all'obiettivo strategico trasversale di integrazione. Il progetto identifica la cooperazione tra le diverse organizzazioni e le molteplici professioni coinvolte nella produzione di servizi socio sanitari come determinante della loro qualità e della rispondenza alle aspettative dei destinatari.

Gli obiettivi formativi generali perseguiti sono:

- sviluppare un processo di analisi e progettazione partecipata di soluzioni metodologiche e strumentali in grado di favorire miglioramenti dei processi di produzione integrata di servizi sociosanitari nel territorio del Distretto del NCI;
- condividere una prospettiva di identificazione e rappresentazione degli esiti degli interventi sociosanitari e sperimentarne l'applicazione;
- individuare indirizzi di sviluppo tecnico e organizzativo realistici, in grado di incrementare le esperienze di coprogettazione, con particolare attenzione ai livelli di cooperazione interni ed esterni e alla qualità dei servizi erogati;
- realizzare un report conclusivo contenente gli esiti del lavoro di analisi e progettazione e specifiche indicazioni per la realizzazione delle successive sperimentazioni;
- favorire il consolidamento all'interno del sistema di servizi sociosanitari operanti nel territorio del Distretto del NCI di un comune orientamento culturale e metodologico in tema di integrazione.

I destinatari sono professionisti dell'azienda USL di Imola, provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Cure Primarie, dall'Azienda di Servizi alla Persona e dal privato sociale.

Le categorie professionali coinvolte: Medici, Infermieri, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Logopedisti, Educatori Professionali, MMG, Psicologi. Il percorso si è sviluppato come previsto in fase progettuale. Sono state realizzati n. 9 eventi formativi caratterizzati dal trasferimento dell'apprendimento al contesto lavorativo e per tutti si è provveduto alla misurazione dell'efficacia delle azioni formative messe in campo.

## **ALLEGATO 2**

### **“RENDICONTAZIONE AVEC ANNO 2016”**

**(Bilancio di Esercizio 2016 - Relazione sulla gestione)**



## **RENDICONTAZIONE AVEC ANNO 2016**

Il presente paragrafo fa integralmente riferimento al documento "Rendicontazione Direzione Operativa AVEC 2016".

### **LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO REGIONALI 2016**

L'attività in AVEC nel 2016 si è sviluppata sulla base delle seguenti linee di indirizzo:

- Obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Aziendali;
- Obiettivi annuali (DGR. 1003/2016);
- Decisioni strategiche delle Direzioni Generali.

I temi affrontati e i progetti sviluppati sono i seguenti:

- Laboratorio Unico
- Integrazione Servizi trasfusionale
- Attività Commissione del Farmaco AVEC
- Integrazione servizi tecnico amministrativi: centralizzazione logistica
- Centralizzazione del percorso di screening con test test DNA-HPV
- Progettazione Rete Percorso Nascita
- Attività Dipartimenti Cure Primarie per allineare in AVEC gli accordi con i MMG
- Piattaforma ICT per Anatomia Patologica
- Progetto Provveditorato Unico
- Gestione dei sinistri
- Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza
- Applicazione normativa Privacy
- Formazione;
- Piattaforma ICT per diagnostica per immagini (PACS - RIS)
- Costituzione Commissione Dispositivi Medici AVEC.

L'AVEC conferma il percorso volto ad un'ampia integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

Nei Capitoli che seguono vengono rendicontate le attività di tutti i progetti/linee di lavoro AVEC di cui ai punti precedenti.

## **PROGETTI AREA SANITARIA**

### **Laboratorio Unico**

#### **Laboratorio Unico Metropolitan Bologna**

Nel marzo 2015 è entrato in attività il nuovo laboratorio Hub del LUM situato presso l'Ospedale Maggiore di Bologna con la messa in routine dell'automazione delle nuove piattaforme analitiche di chimica clinica ed ematologia. Dal 1 settembre 2015 si è formalizzato il passaggio gestionale del laboratorio S. Orsola (strumentale e risorse umane) dall'Azienda Ospedaliera alla AUSL di Bologna mediante lo strumento giuridico amministrativo della cessione del ramo d'azienda.

Successivamente si è concentrata sul laboratorio Hub del Maggiore tutta l'attività diagnostica, svolta precedentemente presso il laboratorio S. Orsola, per esterni e la diagnostica specialistica, ridefinendo l'organizzazione di tale laboratorio come Spoke (struttura erogante diagnostica di primo livello per interni). A differenza degli altri Spoke, il laboratorio S. Orsola ha mantenuto alcune linee specialistiche a prevalente supporto delle cliniche specialistiche del Policlinico S. Orsola (percorsi infertilità e farmacologia per i trapianti). Il trasferimento di attività ha comportato una riorganizzazione delle risorse umane operanti allo Spoke S. Orsola.

### **Obiettivi area Metropolitana 2016**

- Completamento progetto LUM
- Acquisizione laboratori Imola e Rizzoli

### **Attività svolte**

- A partire da Aprile 2016 è attivo il turno unico flessibile Hub e Spoke S. Orsola per la Dirigenza relativamente alla attività di validazione degli esami di grossa automazione (chimica clinica, immunometria, ematologia, coagulazione ed urine). La riorganizzazione garantisce uniformità di refertazione e massima flessibilità organizzativa.
- E' stato attivato un pool di Dirigenti coinvolti in un unico turno di validazione da remoto degli esami eseguiti presso gli Spoke del LUM (escluso S. Orsola).
- Da Aprile 2016 è attivo un turno unico di guardia attiva e reperibilità dei Dirigenti per la validazione degli esami erogati in urgenza H24 dai laboratori LUM.
- Il gruppo flessibilità di TSLB è stato allargato a maggiore copertura degli Spoke e la riorganizzazione prevede integrazione per linee analitiche.
- Nel primo semestre 2016 è stata completata la installazione e l'avviamento in produzione nei laboratori Spoke delle nuove piattaforme analitiche di chimica clinica, ematologia e coagulazione.
- Dal 1 agosto 2016 si è formalizzato il passaggio gestionale dei laboratori di Patologia Clinica di Imola e degli Istituti Ortopedici Rizzoli (strumentale e risorse umane) dalle Aziende di Origine alla AUSL di Bologna, mediante lo strumento giuridico amministrativo della cessione del ramo d'azienda.
- Il 1 agosto è stato formalmente inaugurato il Nuovo laboratorio Hub del LUM.
- In settembre si è completato il consolidamento della attività diagnostica per esterni e della specialistica mediante il trasferimento sull'Hub del Maggiore. Parallelamente si è completato il consolidamento degli esami di Microbiologia verso l'Hub del S. Orsola.
- E' stata completata la riorganizzazione del personale nei vari laboratori secondo progetto assorbendo anche risorse inizialmente destinate ad altre Unità operative.
- I laboratori Spoke erogano attività assistenziale per interni ed è prevista una flessibilità organizzativa tra i laboratori basata sui principi della vicinanza geografica e della omogeneità del pannello analitico.
- Intrapreso il percorso di revisione del catalogo della diagnostica specialistica delle malattie della coagulazione con l'obiettivo di razionalizzare e rendere appropriati i percorsi diagnostici.
- Il LUM ha svolto nel 2016 una attività complessiva di 20.889.739 esami; la riorganizzazione non ha richiesto interruzione né riduzione del servizio assistenziale erogato.

- Il 2 Dicembre si è svolta la giornata nazionale di presentazione della organizzazione e delle attività svolte presso il LUM.
- Il 27 dicembre è stato deliberato il nuovo assetto organizzativo della U.O.C Laboratorio Unico Metropolitano con raggiungimento dell'organigramma definito in fase di progetto.

Sul piano tecnologico si è proceduto alla stesura di capitolati AVEC per le gare in scadenza. Sono state pianificate per il 2017 date di verifica e monitoraggio delle attività e dei costi. Nel 2017 è prevista la realizzazione del DB unico per il laboratorio AVEC.

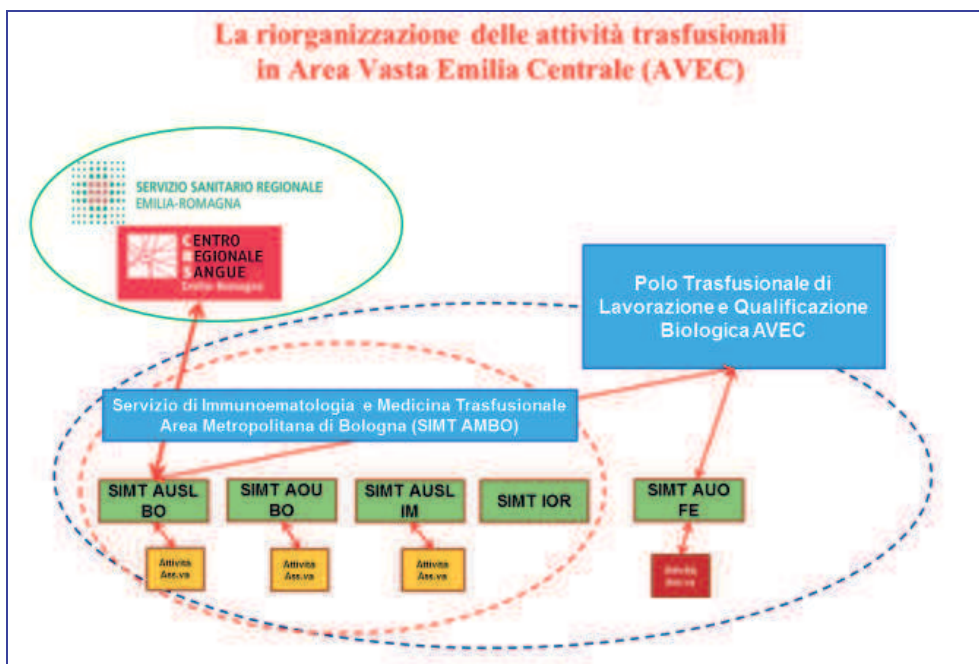
**Laboratorio Unico Provinciale Ferrara.** Ad integrazione di quanto previsto dalla Delibera di costituzione del LUP, completati gli obiettivi intermedi di omogeneizzazione del sistema informatico, di consolidamento delle attività per esterni e di specialistica degli interni, nel corso del 2016 si è provveduto ad una maggiore razionalizzazione delle attività dei servizi di laboratorio delle Aziende Sanitarie di Ferrara, indirizzandole verso una più efficiente utilizzazione delle risorse e il miglioramento della qualità assistenziale.

### **Attività svolte**

- Reingegnerizzazione del LUP nei settori di chimica-immunochimica, ematologia e coagulazione sia nel laboratorio Hub che nei laboratori Spoke. L'omogeneità strumentale, salvo differenze di cadenza analitica, ha come principale obiettivo il rendere omogenee le metodiche, i valori di riferimento, la possibilità di costituire magazzini unici, e di uniformare i percorsi di formazione, nonché le competenze e le attività del personale di laboratorio.
- Razionalizzazione delle procedure di acquisto con gare AVEC: aggiudicate le gare inerenti le VES e l'Allergologia; implementato il capitolato della gara Citofluorimetria.
- Reingegnerizzazione della Struttura Semplice Dipartimentale Microbiologia.
- Nel mese di giugno, dopo aggiudicazione della gara AVEC, è stato implementato il sistema WASP per la gestione ad alta automazione dei campioni biologici per la ricerca batteriologica. Tale sistema ha consentito di standardizzare il flusso di lavoro in tutte le sue fasi, dalla presa in carico dei materiali da sottoporre a coltura fino alla consultazione delle immagini acquisite mediante una telecamera ad alta risoluzione e alla refertazione, garantendo la massima sicurezza degli operatori e la tracciabilità completa del campione.
- Consolidamento nel Laboratorio Hub degli esami di 1° livello nell'ambito del percorso di Screening di prevenzione dei tumori del colon-retto.
- Consolidamento nel Laboratorio Hub degli esami ematologici di routine degli interni.
- Avviato il consolidamento della ricerca delle sostanze d'abuso richieste dai SERT provinciali.
- Gestione Provinciale della TAO. Nel mese di maggio sono entrate in routine le nuove strumentazioni aggiudicate per la diagnostica coagulativa. Di seguito si è completato il consolidamento degli esami per i pazienti TAO e si è portato a regime il progetto avviato nel 2013 con i seguenti obiettivi:
  - realizzare una rete diagnostico-terapeutica provinciale dei centri TAO che permetta il coinvolgimento e l'integrazione dei Centri antitrombotici con le strutture ospedaliere, i Medici di Medicina Generale, gli specialisti di settore e strutture di assistenza territoriale e domiciliare;
  - omogeneizzare l'assistenza dei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali attraverso l'impiego di un programma informatico univoco di collegamento in rete fra il Centro Hub e i Centri Spoke;

- centralizzare la misura del livello di anticoagulazione in una unica sede di erogazione.
- POCT Argenta: tenuto conto che l'Area Critica sta continuamente evolvendo verso nuovi scenari, sia dal punto di vista clinico sia da quello diagnostico e che si assiste ad una continua innovazione delle tecnologie e scelte organizzative, è stata avviata alla fine del 2015 una nuova fase di riorganizzazione che ha portato al superamento del modello caratterizzato dalla presenza di POCT e di un laboratorio Spoke, eroganti le medesime attività con irrazionale utilizzo di risorse umane e tecnologiche. Tutti gli esami per interni richiesti in routine ed in urgenza sono inviati a Cona, mentre sono eseguiti con i dispositivi POCT in tempo reale, h 24 - 7/7 giorni, un pannello di parametri limitato agli esami emergenti richiesti sia dal PS che dai reparti di degenza.
- Integrazione attività laboratoristica UO Ematologia-fisiopatologia delle coagulazione - LUP partendo dall'analisi comparativa delle attività, dell'organizzazione e delle risorse impiegate dai singoli laboratori coinvolti, si è evidenziata una dispersione delle attività e dei livelli di utilizzo delle risorse (materiali, umane e tecnologiche) e conseguentemente l'opportunità di riorganizzazione complessiva del sistema nell'ambito dei settori:
  - Coagulazione: ultimato il consolidamento dell'attività analitica finalizzata al monitoraggio della TAO e la specialistica di I livello; in corso l'implementazione degli esami di specialistica di II e III livello che porteranno al superamento del Laboratorio Emostasi e Trombosi dell'UO Ematologia;
  - Ematologia: avviate le procedure informatiche propedeutiche al consolidamento. Il nuovo modello organizzativo prevede il superamento del laboratorio dell'UO Ematologia pur mantenendo le attuali competenze di specificità diagnostica: utilizzando il sistema CellaVision i clinici potranno accedere in tempo reale e dal loro ambulatorio, alle immagini prodotte dagli analizzatori del laboratorio e procedere alla refertazione;
  - Citofluorimetria: le analisi citofluorimetriche dimostrano casistiche troppo piccole per essere qualitativamente ed economicamente sostenibili se eseguite con l'attuale frammentazione in due laboratori. In relazione ad una importante attività clinica in ambito onco-ematologico, vengono comprese nella concentrazione afferente al laboratorio dell'UO Ematologia e il consolidamento seguirà l'aggiudicazione della nuova gara.
  - L'integrazione delle attività, delle strutture e l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare consentirà: miglioramento dell'efficienza, miglioramento della qualità del servizio, integrazione clinica-laboratorio degli anticoagulanti, diagnostica ematologica di I e II livello, diagnostica delle patologie emorragiche e trombotiche.
- Riorganizzazione ed ottimizzazione delle risorse umane. Il consolidamento della rete dei laboratori ha portato alla ridefinizione degli assetti organizzativi del personale e la riattribuzione del personale in modo da garantire la perfetta operatività e funzionalità del sistema. Il 1 ottobre è avvenuto il trasferimento all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara del personale Dirigente e del Comparto dell'Azienda USL già in precedenza assegnato funzionalmente alla sede Hub di Cona.

## Integrazione Servizi Trasfusionale in Area Metropolitana di Bologna e costituzione del Polo di lavorazione e qualificazione biologica di AVEC



Il progetto per l'unificazione del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Area Metropolitana di Bologna (SIMT AMBO) e di Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) ha risposto ad uno degli obiettivi qualificanti del Piano Sangue e Plasma Regionale per gli anni 2013-2015, che prevedeva un importante riordino della rete delle strutture trasfusionali basata sul mantenimento della rete dei Servizi trasfusionali ospedalieri e al contempo la centralizzazione delle attività trasfusionali di natura produttiva.

Il progetto, per la tipologia di attività cui si riferisce, ha comportato necessariamente l'intersecarsi di 4 livelli istituzionali: regionale, di Area Vasta, sovra-aziendale metropolitano e aziendale.

In AVEC il progetto si è articolato su due livelli:

- la concentrazione delle attività di qualificazione e di lavorazione degli emocomponenti per tutte le strutture di AVEC (Bologna, Imola e Ferrara);
- la vera e propria integrazione dei Servizi Trasfusionali dell'Area Metropolitana Bolognese in unico SIMT con unica Direzione per tutte le attività trasfusionali: selezione, raccolta, validazione biologica, lavorazione distribuzione, assegnazione, medicina trasfusionale, valutazione di appropriatezza, emovigilanza (SIMT AMBO).

A livello aziendale si è svolta la riorganizzazione, sulla base dei criteri di accreditamento, della raccolta del sangue sul territorio bolognese (SIMT AMBO sedi AUSL Bologna e AUSL Imola) e su quello Ferrarese (AOSP Ferrara). Tale riordino ha comportato comunque l'unificazione delle procedure e delle tecnologie di raccolta presso tutte le aziende AVEC.



### **I risultati conseguiti come Polo di lavorazione e qualificazione biologica di AVEC**

- Sono state trasferite le attività di qualificazione delle unità e degli esami sui donatori dal S. Orsola (dal 4/9/2014, completata 1/6/2015) e da Ferrara (qualificazione delle unità e degli esami sui donatori dal 7/7/2015, lavorazione dal 15 settembre 2015).
- È stata completata l'unificazione del sistema gestionale trasfusionale Eliot per AUSL- S. Orsola - IOR e Ferrara (7/7/2015).
- È stato introdotto in routine da aprile 2015 un nuovo metodo automatico di lavorazione degli emocomponenti (primo centro in Italia).
- Dal settembre 2015 le procedure della raccolta di emocomponenti sono state unificate anche con Ferrara.
- È stato completato il trasferimento delle attività trasfusionali negli spazi ristrutturati al 3° piano dell'ala lunga del OM e in particolare del Polo Trasfusionale di Qualificazione Biologica e di Lavorazione degli emocomponenti (1-10/7/2015).
- È stata definita la rete dei trasporti in AVEC a carico del Polo di Qualificazione Biologica e Lavorazione (TrasER), dal 7/7/2015. Dal 15/9/2015 è a regime il Polo Trasfusionale di Qualificazione Biologica e Lavorazione con la produzione per tutta AVEC di prodotti trasfusionali standardizzati e di elevata qualità (globuli rossi concentrati filtrati in linea).
- La gestione delle scorte di tutti gli emocomponenti è gestita centralmente sulla base di criteri condivisi.
- È stata conclusa la definizione dei meccanismi di controllo dei costi di gestione dei vari settori della Medicina Trasfusionale e in particolare la definizione dei costi del Polo ai fini della distribuzione sulle diverse Aziende. Su questi aspetti un gruppo di lavoro sta completando l'aggiornamento al 2016 sulla base della definizione ancora non ultimata dei bilanci aziendali.

Per questi ultimi aspetti il 2016 costituisce la prima annualità completa di attività.

### **I risultati conseguiti come SIMT AMBO**

- È stata deliberata da tutte le Aziende la unificazione sotto unica direzione dei Servizi trasfusionali metropolitani (AUSL BO, AOSP BO, IOR, AUSL Imola).
- Sono state uniformate le procedure trasfusionali e gli aspetti clinici di Medicina Trasfusionale nelle diverse sedi.
- È stato concluso il percorso di revisione dell'intero Sistema della Qualità con le 4 Aziende interessate.
- È stato concordato un unico percorso per le attività formative inerenti al SIMT AMBO.
- Sono state sostituite le apparecchiature per le attività di Immunoematologia nelle diverse sedi e presso lo IOR ed è stato installato il sistema di validazione a distanza (telemedicina) collegato con AUSL e AOSP, al pari di quanto già installato presso SIMT Imola e Bellaria.
- Il riesame della direzione viene effettuato in modo integrato.
- Sono state centralizzate presso l'OM le attività di immunoematologia di base da S. Orsola e IOR.
- È stato completato il Laboratorio di Immunoematologia Avanzata (progetto di interesse regionale) presso l'Ospedale S. Orsola.
- Sono state centralizzate presso IOR le attività di prelievo, lavorazione, conservazione e distribuzione di emocomponenti ad uso topico con definizione di linee guida metropolitane.

- E' stata avviata la ristrutturazione per la nuova sede dell'ambulatorio di medicina trasfusionale presso l'Ospedale S. Orsola.
- Sono state allineate le tematiche e i criteri di appropriatezza nei 4 Cobus aziendali ed è stato prodotto un unico manuale di raccomandazioni.
- Per il personale di nuova assunzione sono previsti contratti che prevedono la possibilità di svolgere attività su tutte le sedi SIMT AMBO.
- In seguito alle visite ispettive condotte dalla Agenzia regionale è stato completato il percorso di accreditamento istituzionale di tutte le sedi ospedaliere territoriali: da ottobre 2014 le strutture SIMT AMBO hanno superato 14 visite ispettive (9 regionali, 2 nazionali, 2 internazionali e 1 di parte seconda (Kedrion).

La tabella seguente riporta schematicamente la distribuzione delle attività trasfusionali in AVEC e presso il SIMT AMBO al dicembre 2016.

LA STRUTTURAZIONE DELLE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI NEL SIMT AMBO E IN AVEC		
-Raccolta sangue ed emocomponenti -Conservazione e distribuzione -Medicina Trasfusionale -Immunoematologia di base	SIMT AUSL BO	-Lavorazione e qualificazione biologica
	SIMT AOU BO	-Immunoematologia avanzata -Tipizzazione donatori cellule staminali -Banca del sangue cordonale e dei tessuti -Diagnostica immunologica cellulare
	SIMT AUSL IM	
	SIMT IOR	-Produzione di emocomponenti topici
	SIMT AOU FE	

**Le prospettive per il completamento del progetto.** In riferimento all'applicazione del nuovo sistema gestionale informatico: la gara regionale è stata conclusa, l'aggiudicazione è stata definita, ma sono ancora in corso le procedure legali inerenti al ricorso presentato dai concorrenti (Sentenza TAR emessa a favore della procedura IntercentER, in attesa della conclusione del percorso giudiziario al Consiglio di Stato).

Polo Trasfusionale di Qualificazione Biologica e Lavorazione unico per AVEC e AVEN: il progetto per la centralizzazione dei test NAT finalizzati alla validazione degli emocomponenti (attuabile a isorisorse) è già stato presentato alla Direzione di AUSL Bologna e in Regione dall'agosto 2015.

Sviluppo della piattaforma tecnologica avanzata unica per il SIMT AMBO presso l'Ospedale S. Orsola: deve essere definita una pianificazione unitaria che preveda l'adozione di tecnologie avanzate comuni ai settori della tipizzazione dei donatori di cellule staminali eritropoietiche, della Immunoematologia avanzata e della banca delle cellule di cordone.

Acquisizione di un sistema idoneo di trasporto degli emocomponenti per AVEC: l'attuale organizzazione dei trasporti in AVEC è stata convalidata e ha superato le visite di accreditamento. Restano però aspetti di eterogeneità e margini di miglioramento conseguibili con l'indizione di una specifica e unica gara che coinvolga l'intera AVEC e, possibilmente, l'intera rete trasfusionale regionale.

Definizione degli aspetti giuridici della strutturazione del personale: il problema si pone con particolare urgenza per il settore della dirigenza. Le, poche, nuove acquisizioni già prevedono la possibilità di impiego nelle diverse sedi metropolitane, ma per la grande parte del personale dirigente il riconoscimento giuridico di tale possibilità di lavoro diventa essenziale.

### **Commissione Farmaco AVEC**

Il governo del farmaco rappresenta uno degli aspetti più delicati del complesso mondo della Sanità e pone importanti problemi di tipo economico ed etico. La Commissione del Farmaco dell'Area Vasta Emilia Centrale (CF AVEC) coinvolge le sei Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Provincia di Bologna e Ferrara (AUSL di Bologna, AOU S. Orsola- Malpighi, II.OO.RR., AUSL di Imola, AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara). Il suo obiettivo primario è quello di proporre e stimolare l'uso appropriato dei farmaci tenendo conto dell'efficacia, del rapporto rischi/benefici e costi/benefici, al fine di ottenere il massimo vantaggio per i cittadini, sia in termini individuali sia collettivi. Lo strumento fondamentale per perseguire quest'obiettivo è il Prontuario Terapeutico unico dei medicinali in uso negli Ospedali e nelle Strutture sanitarie convenzionate dell'Area Vasta (PT AVEC), che discende dal Prontuario Terapeutico Regionale. I medicinali inclusi nel Prontuario sono stati valutati con criteri obiettivi, sulla base della migliore letteratura scientifica disponibile, per quanto riguarda efficacia, sicurezza e ruolo nel percorso terapeutico delle singole malattie. Quando necessario i farmaci sono accompagnati da note e raccomandazioni per l'uso. Oltre alla redazione ed aggiornamento del Prontuario, la CF AVEC utilizza altre strategie per promuovere l'uso appropriato dei farmaci. Esse comprendono:

- la produzione di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) dove i farmaci trovino il loro migliore posto in terapia ed esprimano quindi la loro migliore efficacia;
- la produzione di raccomandazioni positive e negative sull'uso di particolari molecole;
- la diffusione di documenti riguardanti le migliori evidenze su efficacia e sicurezza dei farmaci, rivolti sia ai professionisti sia ai cittadini.

La Commissione AVEC fornisce alle Direzioni Sanitarie gli elementi per iniziative volte a promuovere l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito dei Dipartimenti di Cure Primarie e dei Dipartimenti Ospedalieri.

### **Centralizzazione percorso screening per prevenzione tumori cervice uterina con test DNA – HPV**

Per dare corso alle indicazioni regionali sulla centralizzazione dei laboratori attivi nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, il Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari di AVEC ha insediato, nella seduta del 12 giugno 2015, un gruppo di lavoro con il mandato di elaborare e realizzare il progetto di centralizzazione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara dell'esecuzione del test HPV DNA nello screening del carcinoma del collo dell'utero, per tutto il territorio AVEC.

Il gruppo di lavoro, che è arrivato a contare oltre trenta componenti, al fine di coinvolgere tutte le strutture interessate dal progetto, è stato coordinato dall'AUSL Ferrara.

Il coordinatore ha aggiornato il Comitato dei Direttori Generali di AVEC sullo stato di avanzamento dei lavori in data 11/9/2015 (presentazione dello studio di fattibilità con le previsioni sulla tempistica e le possibili criticità) e in data 17/2/2016. Ha, inoltre, fornito un resoconto sulla questione dei costi del progetto in data 10/11/2016. Dal 25/11/2015 il nuovo applicativo LIS (denominato Athena-Ferrara) a servizio dell'Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara è stato reso operativo; si trattava di un prerequisito per l'economicità della centralizzazione. La configurazione di partenza ha consentito l'interazione del laboratorio centralizzato con i programmi di screening; tuttavia l'infrastruttura informatica è tuttora in adeguamento, per far fronte ai problemi che si presentano, in parte originati dalle differenze esistenti tra i 3 programmi applicativi utilizzati per questo screening nelle tre Aziende sanitarie.

Dal 25 novembre 2015 AUSL Ferrara ha iniziato la spedizione degli inviti al nuovo screening HPV. Dal 7 dicembre 2015 l'infrastruttura laboratoristica centralizzata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara è pienamente attivata e funzionante. Il 14/3/2016 AUSL Bologna ha iniziato la spedizione degli inviti. Nel mese di marzo 2016 AUSL Imola ha spedito i primi inviti al nuovo test di screening, con appuntamenti dai primi giorni di aprile.

### **Bilancio del primo anno di attività del progetto**

Nel 2016 presso il laboratorio centralizzato (UO di Anatomia Patologica) nell'ambito del Programma di Screening per cervico-carcinoma sono stati eseguiti:

- HPV test 19.658 (test HPV attesi: 20.975): distinti in 19.201 HPV test primari e 457 HPV test di follow-up;
- Pap test 12.715 (Attesi: 12.678): distinti in 11.478 Pap test primari e 1.237 Pap test di follow-up.

Si dispone anche di una prima valutazione di qualità dell'attività del Laboratorio centralizzato per quanto riguarda i tempi di refertazione.

Refertazione HPV test: I tempi di refertazione sono in linea con gli standard nazionali. Secondo il manuale indicatori GISCI la soglia di attenzione per i tempi di refertazione (tra esecuzione del test e refertazione) è > 80% entro 21 giorni. Nel 2016 solamente 11 casi superano la soglia di attenzione, che sono stati oggetto di analisi e riconosciuti tutti come riconducibili a non conformità dei campioni inviati al laboratorio.

	<b>Tempo tra accettazione presso HUB e refertazione</b>	<b>Tempo fra esecuzione del prelievo e refertazione</b>
<b>HPV test</b>		
Media	3	5
Mediana	3	5
Range	1-35	1-38
Casi refertati entro 21 gg	99,9%	99,9%
<b>HPV test negativo</b>		
Media	3	5
Mediana	2	5
Range	1-16	1-23
<b>HPV test positivo + citologia triage</b>		
Media	4	6
Mediana	4	6
Range	2-35	3-38

Refertazione Pap test: riguardo all'intervallo Pap test/referto negativo la Regione Emilia Romagna propone nel documento "Requisiti per l'accreditamento di Programmi di screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore della cervice uterina" del 2013, un valore accettabile del 70% e desiderabile dell'85% entro 21 gg. Durante l'anno 2016 nella Unità operativa di Anatomia Patologica i tempi di refertazione dei Pap test negativi e dei Pap test totali risultano sovrapponibili ed in entrambi i casi all'interno del range di valori desiderabili secondo la RER.

Dal 2/12/2016 ASL Bologna ha iniziato l'invio al laboratorio centralizzato anche degli HPV test di triage e dei co-test (Pap test + HPV test da effettuare in contemporanea, previsti in precise situazioni di follow up). Quindi tutti i test HPV di AUSL Bologna sono trattati presso il Laboratorio centralizzato. Questa attività aggiuntiva rientra nelle potenzialità di lavoro delle macchine installate per l'attività centralizzata, con un modesto incremento del carico di lavoro del personale del laboratorio, e non ha pertanto comportato trasferimenti né di attrezzature né di personale da ASL Bologna a AOU Ferrara.

Per quanto riguarda gli aspetti economici del progetto AVEC, il gruppo di lavoro ha concentrato l'attenzione sui costi di produzione per singolo test a carico del Laboratorio centralizzato, esponendo il risultato al Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari di AVEC in data 10/11/2016.

Per quanto riguarda la tariffazione da applicare, il Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari dell'AVEC, nell'incontro del 10 novembre 2016, ha ritenuto congruente il criterio dell'applicazione delle tariffe del nomenclatore e, a tal fine, proposto l'allineamento del progetto, e dei conseguenti atti economici bilaterali tra AOU Ferrara e Aziende sanitarie, alle indicazioni della circolare regionale dell'Assessore regionale alla Sanità n. 8/2015. Pertanto, il progetto di centralizzazione del test HPV può dichiararsi concluso in quanto avviato a attività ordinaria.

### **Progettazione Rete Percorso Nascita**

Il Gruppo si è riunito per definire il percorso relativo all'elaborazione della proposta di riprogettazione della rete dei punti nascita dell'Area Vasta Emilia Centro, che deve tener presente l'accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni (Accordo Stato-Regioni) del 16/12/2010, il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività; il DM 11.11.2015, che all'art.1 prevede che il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN e il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili.

Durante la fase di discussione del gruppo di lavoro è stato contemporaneamente e in parallelo prodotto il documento regionale "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera perinatale (ostetrica e neonatologica) in Emilia-Romagna", che di fatto è stato approvato a livello regionale. In questo documento è stato ridefinito anche la rete dell'Area Vasta Emilia Centro, tenendo presente il contesto sovraprovinciale post sisma 2012.

Il gruppo di lavoro approva e condivide il documento in pieno. Pertanto il gruppo decide di non redigere un ulteriore documento tecnico. Per quanto riguarda il sistema di trasporto in emergenza neonatale (STEN) si comunica che è stata attivata una procedura interaziendale (AUSL Imola - AOU Bologna) per il completamento della rete STEN a livello dell'AVEC Emilia Centro. E' nella sua fase di ultimazione il documento relativo allo STAM tra l'Hub del S. Orsola e lo Spoke di Imola.

## **Attività Dipartimenti Cure Primarie**

Il gruppo di lavoro ha proseguito l'attività nel corso del 2016 con l'obiettivo di pervenire a linee di indirizzo di area vasta per la predisposizione degli obiettivi degli accordi aziendali per i medici di assistenza primaria.

Inizialmente si è ritenuto opportuno studiare la discrezionalità applicativa delle quote variabili del trattamento economico dei MMG nelle aziende sanitarie di Bologna, Imola e Ferrara.

L'analisi delle voci variabili e dei relativi valori economici nelle varie Aziende ha consentito di operare un confronto analitico e strutturato che può essere utilizzato da ogni Azienda per compararsi con le altre ed eventualmente apprendere le migliori pratiche al fine di migliorare la propria performance.

Successivamente è stato elaborato un documento conclusivo che potrebbe rappresentare la base su cui costruire una futura comune piattaforma integrata per gli Accordi Attuativi Aziendali.

A norma del vigente A.C.N. la parte variabile della retribuzione dei MMG è notoriamente rappresentata da:

- 1) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;
- 2) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Il documento descrive analiticamente l'applicazione degli istituti economici di cui ai vigenti AA.II.LL. ed al vigente A.I.R. nelle Aziende Sanitarie dell'AVEC, avendo a riferimento i compensi erogati nell'anno 2014.

Per tutte le Aziende considerate la parte variabile della remunerazione dei MMG viene alimentata in modo preponderante attraverso tre tipologie di compenso: 1) quota capitaria aggiuntiva; 2) tariffe per prestazione; 3) tariffe orarie. Nel documento le tipologie di compenso sono disarticolate ed analizzate in tutte le varie componenti e per ognuna di esse vengono riportati oltre ai valori numerici delle varie aziende (costi per assistito e per medico) anche una descrizione dell'incentivazione, i risultati attesi dell'istituto o dell'obiettivo, gli indicatori di verifica qualora esistenti, i commenti ed infine le proposte che potrebbero orientare la definizione degli accordi locali.

In sintesi si è rilevato che nella maggior parte dei casi le incentivazioni riconosciute sono per lo più disconnesse dalla valutazione di risultati attesi sotto il profilo clinico ed organizzativo e come tali possono persino incentivare la produzione di servizi a prescindere dalla loro appropriatezza (remunerazione a prestazione), ovvero indurre comportamenti attendisti e minimalisti (quota capitaria aggiuntiva) senza nessuna garanzia di presa in carico delle problematiche e senza alcuno stimolo ad assicurare la funzione di filtro nell'accesso all'assistenza specialistica e ospedaliera.

Se il fine ultimo di un sistema premiante deve essere quello di premiare i medici o i gruppi di medici con i migliori risultati, allora occorre avviare una riforma della remunerazione dei medici di famiglia, introducendo gradualmente nuove modalità basate sulla verifica del raggiungimento di obiettivi predefiniti, clinici e/o

organizzativi (pay for performance, P4P), in grado di poter incidere positivamente e più profondamente sui comportamenti professionali e sull'organizzazione delle attività.

Il punto centrale della riforma del sistema di remunerazione dei MMG è pertanto rappresentato dalla introduzione e dall'uso sistematico della valutazione della performance a livello individuale, attraverso l'utilizzo di indicatori condivisi in grado di misurare i risultati a vari livelli, dalla qualità delle cure, alla organizzazione delle attività, alla soddisfazione dei pazienti.

Quanto sopra deve passare necessariamente attraverso il potenziamento dei sistemi informativi/informatici e l'uso sistematico di indicatori per monitorare la performance a vari livelli, dalla qualità delle cure alla soddisfazione dei pazienti. Gli ambiti del monitoraggio dovranno essere principalmente la gestione delle malattie croniche (controllo del diabete, uso di inalatori per BPCO, *counselling* per dieta e esercizio fisico, ecc.) e le attività di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici, *counselling* per alcol e tabacco, ecc.).

Il set di indicatori dovrà incorporare misure di processo e di outcome, ivi compresa la comunicazione con i medici, la tempestività delle risposte, l'accesso agli specialisti.

### **Piattaforma ICT per diagnostica per immagini RIS PACS**

Il Gruppo di Lavoro si è riunito 8 volte - 7 esclusa la giornata del 27/10/2016 dedicata all'incontro con i fornitori (6/10/2016, 19/10/2016, 27/10/2016, 4/11/2016, 15/11/2016, 24/11/2016, 30/11/2016, 7/12/2016).

Ad oggi lo stato dei lavori è il seguente:

1. Nelle prime due riunioni si sono focalizzati gli obiettivi, individuando la necessità di procedere secondo le seguenti direttrici:
  - a. Mettere a punto gli obiettivi di alto livello che si pone AVEC con l'acquisizione del sistema RIS-PACS;
  - b. Effettuare una rapida analisi di mercato per verificare la percorribilità di tali obiettivi con i principali produttori presenti sul mercato nazionale.
2. E' stato pubblicato un bando per l'acquisizione delle manifestazioni di interesse a partecipare ad una gara per la fornitura di tali sistemi.
3. Il 27/10/2016 è stata indetta una riunione con i fornitori/fabbricanti che avevano manifestato interesse, nella quale sono stati indicati gli obiettivi di massima ed è stato chiesto di rispondere ad un questionario che successivamente è stato inviato. I maggiori fabbricanti presenti sul territorio nazionale erano tutti presenti.
4. Dal 15/11/2016 al 30/11/2016 sono state elaborate le risposte al questionario e sintetizzate le prime indicazioni che saranno utili per il capitolato;
5. Contemporaneamente è stato elaborato il seguente piano operativo:
  - a. Acquisire il materiale utile già prodotto nell'ambito del Gruppo di Lavoro Regionale per la Sicurezza dei Sistemi RIS-PACS (in via di completamento);
  - b. Redigere un questionario interno per la rilevazione puntuale dell'esistente in termini di sistemi e configurazione complessiva delle installazioni (completato);
  - c. Somministrare il questionario interno a tutte le ditte di AVEC utilizzando i membri del GdL (già inviato in via di acquisizione dei questionari compilati);

- d. Elaborare uno schema per la rilevazione delle funzionalità oggi presenti sui sistemi (in via di completamento);
- e. Elaborare uno schema per la rilevazione del layout della rete e le caratteristiche attuali delle sale server (in via di completamento);
- f. Elaborare un indice del capitolato definitivo (in via di completamento);
- g. Effettuare una serie di incontri con i referenti delle principali problematiche di interesse attinenti alla redazione del capitolato (es. Lepida, Privacy, Cartella Clinica Elettronica, Anagrafe Regionale, ecc. in via di completamento).

Punti di attenzione:

- A. Nomenclatore delle prestazioni. Benchè non necessario alla elaborazione del capitolato si è proposto l'attivazione di un Gruppo di Lavoro che provveda ad elaborare e condividere il Nomenclatore delle prestazioni (relativo ai principali domini di interesse) che verrà poi utilizzato sul sistema.
- B. Relativamente al precedente punto 5g è già stata effettuata una riunione con Lepida e acquisito il materiale tecnico. E' stata programmata per il 16/12 una riunione con il referente del GdL Privacy AVEC che ha già fornito documenti di interesse per la redazione del capitolato (redatti dal GdL Regionale). Il GdL RIS -PACS ha interesse ad acquisire documenti validati da parte dei referenti/gruppi preposti che costituiscano lo stato dell'arte dei relativi ambiti, in modo da utilizzarli come riferimento per il quadro regolatorio attuale localizzato in AVEC/RER. Questo può costituire un elemento di criticità nel senso che molti progetti non sono arrivati ancora ad uno stato tale da pubblicare documenti di riferimento.

**Piattaforma ICT per Anatomia Patologica**

Nel corso del 2016 il progetto del sistema gestionale (LIS) delle Anatomie Patologiche, unico in Area Vasta Emilia Centro, è stato esteso a tutte le Unità Operative di AVEC con l'installazione presso lo IOR.

Sono state allestite tabelle strategiche comuni, relative alle procedure di esame, sedi di prelievo (topografie) e diagnosi; le tipologie delle prestazioni sono allineate, anche se le metodiche di conteggio sono ancora in parte differenziate, soprattutto a salvaguardia della continuità del raffronto con lo storico delle attività.

Le funzionalità generali dei sistemi installati è discreta, l'assistenza tecnica continua è operativa ed accettabile, anche se in alcuni casi si sono lamentati ritardi negli interventi. Una criticità ancora aperta è l'eccessiva difficoltà nella configurazione della refertazione con *check list* e nella codifica delle diagnosi: alcune Unità operative usano in modo assai limitato (o per nulla) queste opzioni.

Infine, alcune funzionalità non sono installate in tutte le Unità Operative: questo è relativo all'interpretazione del capitolato e dell'offerta (si rimanda ai referenti dei Sistemi Informativi per i dettagli sugli accordi).

Si tratta della tracciabilità intra ed extra laboratorio dei campioni, degli oggetti intermedi di lavorazione e del materiale di archivio, della dettatura vocale e dell'*order entry* dalle sale operatorie e dagli ambulatori.

Queste funzioni devono comunque essere estese a tutte le Unità Operative per garantire una omogenea attività in AVEC. Nel corso del 2016 è stato messo a punto ed approvato un progetto di coordinamento delle Anatomie Patologiche dell'Area Metropolitana Bolognese, che coinvolge gran parte delle Unità Operative dell'AVEC con la prospettiva della costituzione di un Dipartimento Inter-Aziendale di Anatomia Patologica integrato con UNIBO. La struttura funzionale comune permetterà di usare una sola installazione del LIS e



l'unificazione dei database inter-aziendali relativi alle Anatomie Patologiche, con auspicabile superamento comune delle differenze sopra lamentate.

### **Commissione dispositivi medici**

Con nota AVEC prot. n. 48/01-12 del 4/7/2016 è stato costituito un Gruppo di Lavoro con il mandato di effettuare uno studio di fattibilità per individuare le modalità di funzionamento della Commissione di Area Vasta Centrale. Il GdL si è riunito nel 2016 per 3 volte (02/09/2016, 16/09/2016, 18/10/2016).

Sono stati prodotti due documenti che indirizzano il mandato ricevuto:

- Costituzione della Commissione dei Dispositivi Medici di Area Vasta Centrale;
- Bozza di Regolamento della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Centrale.

I documenti sono stati sottoposti alle verifiche del Collegio Tecnico dei Direttori Sanitari, successivamente alle quali si è pervenuti alla costituzione della Commissione di AVEC dei Dispositivi Medici, deliberata da tutte le Aziende AVEC a decorrere dall'01.01.2017.

## **PROGETTI AREA TECNICO AMMINISTRATIVA**

### **Integrazione logistica**

#### **Razionale**

Da diversi anni gli indirizzi regionali alle Aziende sanitarie sottolineano l'esigenza di sviluppare numerose forme di collaborazione e di integrazione, sia a livello provinciale sia di area vasta; queste azioni negli anni hanno coinvolto sia aspetti sanitari/produttivi, sia i cosiddetti "servizi di supporto", con una particolare attenzione anche sulla logistica di beni farmaceutici ed economici che presenta notevoli opportunità di razionalizzazione ed ottimizzazione.

#### **Mandato Progettuale**

Le Aziende di AVEC hanno avviato la predisposizione di un progetto per l'integrazione strutturale di centralizzazione delle attività logistiche per i beni farmaceutici ed economici. Il progetto si è basato sui seguenti obiettivi strategici, modificati nel tempo:

- collocazione dell'investimento previsto per AOSP Ferrara;
- gestione unificata degli applicativi informatici unici;
- individuazione di un percorso che nel tempo avrebbe assicurato la progressiva riduzione del numero dei magazzini;
- ricerca di un magazzino unico provinciale in Ferrara;
- definizione il ruolo di capofila della ASUL di Ferrara.

Nel 2015 il rafforzamento e la prosecuzione delle progettualità inerenti le centralizzazioni logistiche sono state rafforzate dall'inserimento di tali tematiche negli obiettivi assegnati ai Direttori Generali dalla RER.

**Modello di Processo – Supply Chain Centralizzata.** Il processo nella sua interezza si sviluppa a partire dal processo delle gare centralizzate (Intercent-ER, Provveditori di Area Vasta). Le successive fasi di acquisto beni, gestione ordini a fornitori e follow-up approvvigionamenti (l'intero ciclo passivo), insistenti sul software contabile della azienda capofila, gestiranno circa 420 mil € di acquisti di beni farmaceutici, dispositivi medici e beni economici e dovranno essere integrate con i nuovi sistemi software di logistica operativa e distributiva

(WMS e TMS) che opereranno all'interno dell'unico magazzino centralizzato di area vasta. Il medesimo software contabile della capofila dovrà gestire l'importazione delle richieste di approvvigionamento delle singole aziende componenti AVEC, la fatturazione attiva del servizio alle aziende AVEC dei prodotti consegnati presso i *transit point* aziendali e la relativa documentazione (l'intero ciclo attivo).

Di seguito si riportano i punti essenziali per lo sviluppo del modello sopraesposto diviso per macro categorie:

- **Anagrafiche di Prodotto.**

A supporto del processo di Supply Chain Centralizzata è stato inizializzato il caricamento delle anagrafiche prodotto in un portale di gestione anagrafiche centralizzate AVEC, e per tanto l'allineamento delle anagrafiche dei prodotti. Nel corso del 2016 l'allineamento delle codifiche è stato realizzato su tutti i farmaci per le aziende AUSL Ferrara, AOSP Ferrara, AUSL BO e AOSP BO. Procede per AUSL Imola e IOR in attesa che i software locali siano completamente predisposti per lo scopo. Sempre nel corso del 2016 è stato effettuato per i dispositivi medici per AUSL Ferrara e AOSP Ferrara ed è in corso ad oggi per i Dispositivi Medici tra AUSL BO e AOSP BO, con qualche possibile ritardo rispetto alla eterogeneità dei dati nei database aziendali.

- **Informatica**

ERP – Enterprise Resource Planning – software contabile azienda capofila. La gestione del processo a capofila prevede che il sistema software amministrativo contabile della AUSL capofila si integri verso le aziende AVEC sia per il ciclo passivo, sia per il ciclo attivo e si dimensiona per la gestione dei valori che il processo assumerà. Vista la gara in essere per il GAAC (software contabile regionale, implementazione al 1.1.2018), occorrerà preventivare un costo di investimento informatico per una "soluzione ponte" (modifica del proprio software contabile) da parte del capofila che sarà da ripartire anche sulle altre aziende AVEC.

WMS/TMS – Warehouse Management System - software di magazzino. Per la gestione operativa del magazzino unico necessita un software WMS pertanto è necessario verificare la percorribilità giuridica di estensione dell'uso, di eventuali applicativi in essere, al magazzino unico AVEC e i percorsi alternativi da intraprendere. La tempistica per l'implementazione di questo software risentirà delle necessarie interfacce con l'ERP aziendale della capofila non ancora iniziate.

- **Sede Unica**

Nel 2014 la ricerca effettuata dalla AUSL di Ferrara della sede per la sola area non ha dato esito positivo. Nella prima metà del 2015 è stata sondata la potenzialità del mercato delle locazioni industriali senza successo. Nel corso della seconda metà del 2015 l'AUSL di Ferrara ha svolto un bando per la ricerca del magazzino fisico: l'unica offerta presentata si è rilevata tecnicamente non accettabile.

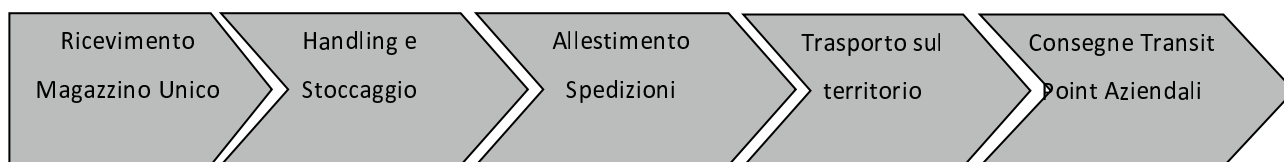
Nel corso del 2016, pertanto, si è proceduto ad una nuova ricerca di mercato che ha individuato un sito presso il Comune di Castelmaggiore (BO) che nel frattempo è stato dato in locazione ad altro soggetto.

La proprietà del sito di Castel Maggiore ha proposto in alternativa due soluzioni che sono state oggetto di verifiche nel 2016.

### - **Logistica Operativa Interna ed Esterna**

La filiera logistica operativa prevede le seguenti fasi:

Base line: flusso dei materiali

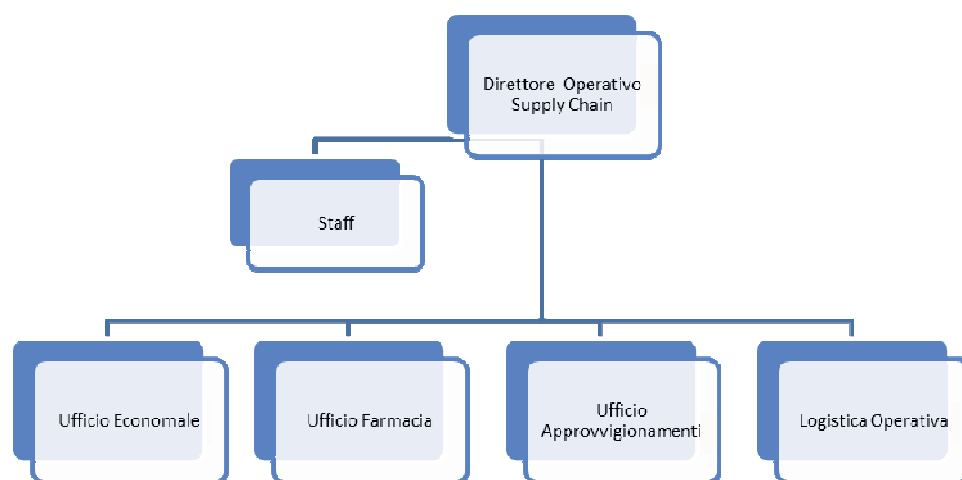


Nella gestione interna è stata valutata la scelta di adeguare il modello tecnologico a quello in atto nelle altre piattaforme logistiche regionali inserendo un certo grado di automazione grazie ad un impianto robotizzato. La ratio di tale scelta consta nella omogeneità regionale del modello tecnologico applicato e nella ricerca di un livello di servizio (sicurezza e tracciabilità) maggiormente garantito rispetto al precedente vincolo tecnologico (gli impatti sul personale sono esplicitati in seguito). Il costo di noleggio di tale attrezzatura sono stimati in 500mila €/annui (benchmark AVEN e Azienda di Romagna).

### - **Modello Organizzativo e di Gestione del Personale**

Il modello organizzativo vede l'inserimento di figure tecniche di gestione dei processi di *supply chain management* per ricercare una migliore *governance* di sistema.

L'organigramma, sino ad ora organizzato, assegna ad una struttura complessa di Supply Chain Management, con vocazione di area vasta, una componente tecnica di farmacisti centrali, una di economisti centrali ed una di gestione ordini/fornitori.



Composizione:

- Direttore operativo di processo (Supply Chain Management);
- Staff professionale relativo (ingegneri gestionali);
- Personale economale: attività tecnica di gestione anagrafiche, catene di equivalenza, valutazioni di appropriatezza, sostituibilità tra prodotti, partecipazione e gestione gare;
- Personale di farmacia: attività tecnica di gestione ed aggiornamento anagrafiche, catene di equivalenza, rapporti di coordinamento con i servizi di farmacia di AVEC, valutazioni di appropriatezza, sostituibilità tra prodotti farmaceutici, partecipazione e gestione gare;

- Personale amministrativo: uffici di collegamento con il procurement di Area Vasta e/o regionale, per la gestione amministrativa, apertura dei contratti informatici, gestione listini, emissione ordini, follow-up ordini, non conformità, verifiche prestazioni fornitori, liquidazione fatture; fatturazione attiva alle aziende AVEC;
- Personale addetto alla movimentazione merci: ricevimento, stoccaggio, preparazione e allestimento consegne. Tale personale sarà proveniente dai settori di magazzino della aziende sanitarie coinvolte oppure sarà fornito da soggetti esterni;

Per la parte relativa alla movimentazione merci il progetto prevede l'utilizzo esclusivo di personale dipendente proveniente dalle rispettive Aziende da trasferire al magazzino centrale e da destinare all'intero ciclo di gestione dalle fasi di ricezione, di *handling* interno, di allestimento spedizioni e alle attività accessorie di carattere amministrativo (firma ddt, gestione resi, quarantene, ritiri, ecc.).

Per quanto riguarda la complessiva disponibilità numerica del personale da destinare specificatamente alla movimentazione di magazzino In considerazione delle diverse limitazioni al trasferimento del personale potenzialmente interessato, risulta una disponibilità di personale aziendale tale da non coprire interamente il fabbisogno complessivo per il magazzino centralizzato.

Per valutare questo aspetto è stato creato un gruppo di lavoro "Risorse Umane AVEC", composto dai Direttori del Personale delle Aziende AVEC. Tale gruppo di lavoro ha evidenziato che il personale attualmente assegnato presso le Aziende ai Centri di Costo di Magazzino presenta caratteristiche tali da rendere particolarmente complesso il suo spostamento in altra sede, il suo concreto ed utile apporto al processo o addirittura la sua effettiva presenza in servizio nel momento in cui si procederà al trasferimento (esempio - pensionamenti entro il 2017).

In sintesi, il personale che potrà essere trasferito, allo stato attuale, è pari a 52 unità a fronte di un fabbisogno previsto per il funzionamento del Magazzino Centralizzato di 66 unità.

Nelle rispettive Aziende rimangono 69 unità totali di cui 38 (attualmente inidonei, assegnazioni temporanee, idonei con prescrizioni al 100% e pensionamenti 2017) dovranno trovare diversa collocazione mentre le restanti 31 (leggi 104 e rimanenti eleggibili) verranno utilizzate per le attività residuali di magazzino e per la gestione dei transit point aziendali.

Anche per ridurre il fabbisogno di personale si è ipotizzata l'acquisizione con noleggio di un sistema robotizzato, la cui installazione necessiterebbe di circa 8 mesi (staccato l'ordine per approvvigionamento dei macchinari ed installazione macchinari in loco) e il cui costo indicativo è stimato in circa 500k €/anno.

Tale livello di robotizzazione permette sul tema del personale, in analogia a quanto accaduto sui progetti AVEN e Azienda di Romagna (usati come benchmark), di ridurre l'FTE di circa 15 unità, portando il fabbisogno previsto per il funzionamento del Magazzino Centralizzato a 51 unità, quindi compatibile con la disponibilità di personale delle aziende (52 unità).

A fronte delle eventuali necessità di integrazione di unità che si venissero a creare nello svolgersi del progetto si decide di utilizzare contratti a tempo determinato/interinali per supplire alle stesse. Il personale interno valutato come disponibile ha una età media superiore a 52 anni ed una incidenza % di prescritti maggiore del 20%. E' inevitabile l'aumentare esponenziale dell'incidenza dei prescritti e non idonei. Il relativo

ricorso ai contratti interinali per le sostituzioni porterà una conseguente incidenza del mancato know-how sul livello di servizio centralizzato (aspetto critico persino negli appalti esternalizzati di AVEN).

L'istituto normativo ipotizzato è quello previsto dalla Legge Regionale n. 43/2001, dell'art. 22 ter. Comma 4 (vincolo dei cinquanta chilometri per trasferimento di sede) che dovrà interessare anche le restanti componenti della struttura complessa. Si devono quindi inizializzare, in seno alla capofila, le necessarie analisi riguardanti tali componenti (farmacisti, economi ed amministrativi).

### **Ripartizione Costi di Gestione**

Tenuto conto anche del modello AVEN, gli scambi economici tra l'Azienda capofila e le altre Aziende coinvolte sono regolati sulla base di una ripartizione di costi di gestione che si articola su delle previsioni ad inizio anno e dei saldi a consuntivo, sulla base delle seguenti categorie:

1. costi fissi di struttura (locazione): è prevista una suddivisione in proporzione alle dimensioni delle Aziende (quote di proprietà);
2. costi variabili di funzionamento di magazzino e di trasporto: potrebbero essere ripartiti in base a parametri standard (dimensioni delle Aziende, media dei volumi storici di acquisto/consumo di beni, o altro), in modo da aumentare il più possibile la convenienza delle singole aziende all'utilizzo del processo di Supply Chain centralizzato;
3. materiali forniti: in tal caso, vi è una fatturazione mensile sulla base dei consumi effettivi (l'Azienda capofila dovrà emettere anche un'autofattura per i materiali utilizzati presso i propri reparti/servizi).

### **Percorso Istituzionale**

Per l'approvazione del progetto vanno garantiti i seguenti passaggi:

- Approvazione del Comitato dei Direttori AVEC;
- Trasmissione in Regione;
- Esame in CTSS Bologna e Ferrara e Nuovo Circondario Imolese;
- Confronto con OO.SS. (limitatamente al trasferimento del personale).
- Stipulazioni di convenzioni e accordi tra le aziende.

Tale percorso (stimato in 4 mesi) dovrà essere completato entro il primo quadrimestre 2017.

### **Provveditorato Unico AVEC**

Successivamente all'incarico ricevuto dai DDAA il 19.10.2016, si è proceduto a un primo incontro, in data 01.12.2016, con i Dirigenti delle due Aziende Sanitarie ferraresi, durante il quale si è preso atto del "Progetto di funzionamento del Servizio comune economato e gestione dei contratti" stilato dal Direttore del Servizio stesso. Dall'esame del documento, si sono nuovamente rilevate e confermate alcune differenze relativamente alle materie trattate dai due Provveditorati di Bologna e Ferrara, quali: il SAM non si occupa del materiale di consumo per Dipartimento Tecnico (vernici, materiale elettrico, idraulico, ecc.) né del servizio Trasporti sanitari (ambulanze) o della convenzione con PARER. L'aspetto più rilevante trattato nel progetto è la suddivisione delle attività tra Provveditorato ed Economato con relativo calcolo delle risorse umane necessarie.

## Piattaforma ICT per gestione documentale (BABEL)

BABEL è un sistema integrato per la gestione dell'archivio corrente e dei flussi documentali, sviluppato dall'AUSL di Bologna. Dal 2015 è partito il progetto di estensione di BABEL alle altre 5 aziende AVEC (cui si è aggiunta l'AUSL di Parma) con l'obiettivo di armonizzare la gestione documentale tra le aziende aderenti e intraprendere un percorso di crescita condiviso. Il tavolo PM indirizza il percorso di crescita del sistema.

Al termine del 2016, le ipotesi evolutive sono state raccolte in un documento di analisi condiviso allo scopo di dar luogo a un piano di sviluppo triennale (integrazione con altri sistemi, informatizzazione procedimenti, istanze online ecc.). Una volta terminata la fase di avvio si dovrebbe consolidare in un tavolo di lavoro sulla gestione documentale e l'innovazione amministrativa che lavori in modo coordinato con i Tavoli AVEC in tema di privacy, trasparenza e anticorruzione, supportati dai sistemi informativi.

Aziende avviate:

Azienda	Dipendenti	Avvio protocollo	Utilizzatori
AUSL Bologna (AVEC)	8.500	giugno 2013	3.584 protocollo, determine, delibere
AOSP Ferrara (AVEC)	2.000	marzo 2016	293 protocollo, determine, delibere
AUSL Imola (AVEC)	1.600	giugno 2016	307 protocollo, determine, delibere
Ist. Ort. Rizzoli (AVEC)	1.150	ottobre 2016	405 protocollo, determine, delibere
AOSP Bologna (AVEC)	5.400	novembre 2016	672 protocollo, determine, delibere
AUSL Parma	2.700	novembre 2016	850 protocollo
AUSL Ferrara (AVEC)	2.500	Maggio 2017	700 (stimata) protocollo, determine, delibere

Prosegue il progetto di BABEL in Area Vasta Emilia Centro (con l'aggiunta dell'AUSL di Parma). Nel mese di Maggio è previsto l'avvio dell'AUSL di Ferrara (con il solo protocollo), inizialmente fissato per gennaio 2017 e posticipato per loro attività interne. A giugno 2017 è previsto il completamento dell'avvio dell'AUSL di Parma con determine e delibere. Tra le varie funzionalità rilasciate nel corso del progetto è stato realizzato anche il sistema BALBO (BABEL On Line), attualmente composto da Albo On Line (attivo già presso tutte le aziende tranne AUSL Bologna che deve pianificare il passaggio al nuovo sistema) e dalle prime due sezioni del futuro portale "Amministrazione Trasparente" (già attive su AOSP Ferrara e IOR, ad aprile su AUSL Imola, le altre aziende devono ancora pianificare l'avvio).

Il tavolo mensile dei PM di BABEL ha formulato una ipotesi di evoluzione la cui pianificazione, su base triennale, sarà presentata alle direzioni aziendali. Tra i macro temi di questa ipotesi, oltre l'interoperabilità avanzata tra le aziende aderenti, troviamo il completamento del portale Amministrazione trasparente in BALBO, il sistema di gestione e di monitoraggio dei procedimenti, le istanze online accessibili via SPID e integrate con BABEL.

## ATTIVITÀ TRASVERSALI

### Applicazione normativa prevenzione corruzione e trasparenza

Nell'anno 2016, i componenti del Tavolo in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e dell'AUSL della Romagna, hanno programmato incontri con

cadenza mensile (ad eccezione della pausa estiva), valorizzando il confronto diretto con i soggetti (Servizi e Strutture interessate) direttamente coinvolti, in particolar modo, dalle profonde 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 2016, delle seguenti tematiche:

- Approfondimento 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;
- Disamina delle novità introdotte dalla Delibera ANAC n. 39/2016 relativamente agli obblighi di pubblicazione ex art. 1, co. 32 della L. 190/2012 e s.m.i. anche per mezzo di incontri con i Dirigenti ed i Funzionari dei Servizi Economico delle Aziende AVEC;
- Studio e 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;
- Studio ed approfondimento (anche dal punto di vista operativo) delle novità in materia di "accesso civico generalizzato" (FOIA) finalizzato alla stesura di un regolamento AVEC per la ricezione, la trattazione e la corretta gestione delle istanze di cui trattasi da realizzare, su espresso mandato dei DDAA, entro il primo semestre 2017;
- Studio ed approfondimento, a seguito di espresse disposizioni regionali della raccolta finalizzata alla pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza PTA alla luce delle disposizioni previste dal D.Lgs 97/2016.

In relazione a quest'ultimo punto si sottolinea che già l'art. 13 co.3 del DPR n. 62/2013 recante "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici", disponeva a carico dei dirigenti della P.A. l'obbligo di fornire le informazioni sulla propria situazione patrimoniale nonché le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche.

L'obbligo di pubblicazione di detta documentazione in "Amministrazione Trasparente" è la conseguenza dell'estensione al personale dirigenziale della P.A. della normativa applicata ai titolari di cariche elettive sulla pubblicità della situazione patrimoniale (Legge n. 441/1982 e Legge n. 127/1997 art. 17 co.22), oltre che ad essere espressamente previsto dall'articolo 14 del novellato decreto legislativo n. 33/2013.

La procedura relativa all'avvio della raccolta e della "pubblicazione" delle dichiarazioni in argomento all'indomani dell'emanazione del D.Lgs n. 97/16 è stata coordinata, fin dal mese di settembre 2016 dagli Uffici della Regione Emilia Romagna e trattata ripetutamente anche dai Componenti del "Tavolo AVEC in materia di prevenzione della corruzione e della Trasparenza", tenuto conto della sua evidente delicatezza.

In data 22/12/2016 (nell'imminenza della scadenza dell'obbligo di pubblicazione) è apparso sul sito istituzionale dell'Autorità Nazionale Anticorruzione il provvedimento recante "Schema di «Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs 33/2013 Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come

modificato dall'art. 13 del D.Lgs 97/2016", che ha introdotto modifiche significative a precedenti indicazioni dell'ANAC.

A seguito della pubblicazione del suddetto documento, la Regione Emilia Romagna ha confermato innanzi tutto l'obbligo di acquisizione di entrambe le dichiarazioni per il personale dirigenziale e le indicazioni contenute nelle linee guida regionali che prevedevano la pubblicazione delle dichiarazioni in questione per tutta la dirigenza PTA.

In considerazione però del differimento del termine ultimo per completare l'adempimento indicato dall'ANAC, la stessa Regione ha ritenuto opportuno suggerire (a chi non avesse già adempiuto) di sfruttare l'ulteriore periodo concesso per la pubblicazione per procedere comunque con la raccolta di tutte dichiarazioni e per procedere ad una graduale pubblicazione delle stesse sulla base delle linee guida e delle sue future (probabili) integrazioni, dando priorità alle posizioni che alla luce delle indicazioni ANAC risultano non problematiche (ragionevolmente la dirigenza amministrativa e quella con incarico di struttura).

Tali novità (e la loro tempistica) hanno portato inevitabilmente ad un disallineamento del comportamento delle Aziende sanitarie per cui l'AUSL e l'AOSP di Bologna hanno proceduto alla pubblicazione delle dichiarazioni mentre l'AUSL e l'AOSP di Ferrara, l'AUSL di Imola e l'Istituto Ortopedico Rizzoli hanno ritenuto opportuno non pubblicare ed avvalersi dell'ulteriore periodo concesso dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

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 in passato avvenuto, i Componenti del Tavolo AVEC hanno dedicato particolare attenzione al tema dei "Controlli da effettuare da parte degli RPC "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 RPC proposta che sarà portata all'attenzione della Regione.

Come già avvenuto nel 2015, anche nel 2016 i Responsabili PCT dell'AUSL di Ferrara e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli hanno avviato un sistema di controlli tramite auditing interno nelle rispettive aziende al fine di verificare i corretti adempimenti e le buone prassi in materia di prevenzione della corruzione: esperienza molto positiva che ritengono debba essere riproposta anche nel corso dell'anno 2017.

Gli incontri si sono, inoltre, incentrati sull'analisi dei contenuti dell'aggiornamento del PNA 2016 e delle sue inevitabili ricadute nella elaborazione degli aggiornamenti ai Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e delle relazioni annuali dei Responsabili PCT (garantire entro il 16/01/2017) oltre alle Giornate della trasparenza che, nel corso del 2016, sono state organizzate in ambito ferrarese, in data 6/05/2016 (AUSL di Ferrara e AOSP di Ferrara) e bolognese, in data 7/12/2016 (AUSL di Bologna e AUSL di Imola, AOSP di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli).

Da evidenziare anche l'evento formativo regionale, tenuto in data 14/07/2016, aperto a tutte le aziende sanitarie del SSR in cui si sono approfonditi i temi delle modifiche al D.Lgs 33/2013 apportate dal D.Lgs 97/2016 con particolare riferimento alle tematiche dell'accesso civico.



E' stato, inoltre, 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 2016 è stato avviato un 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.

### **Applicazione normativa Privacy**

L'attività del 2016 è stata rivolta ad elaborare una procedura idonea ad assicurare la gestione dei dati sensibili nei progetti di Area Vasta, al fine di garantire modalità comuni per la gestione dei dati sensibili relativi alle progettualità in AVEC. I principali vincoli entro i quali l'attività deve rimanere sono rappresentati dal D.Lgs 196/2003 e da eventuali sviluppi dettati dal nuovo regolamento privacy UE 2016/679, pubblicato il 4.5.2016 nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

Uno dei limiti che appaiono più stringenti è, altresì, quello dettato dalla insuperabilità del principio della pertinenza e della non eccedenza del trattamento (= presa in carico).

Nel corso dell'analisi è emerso che si tratta di problematiche e azioni che non possono essere affrontate singolarmente, ma dovrebbero essere approfondite e disciplinate nelle convenzioni che regolano ogni progetto, data, appunto, la stretta interconnessione con la progettazione.

Sono stati presi in considerazione i seguenti progetti: Progetto 118, Piattaforma RIS – PACS, screening HPV, Servizio di Immunoematologia e trasfusionale (SIMT), Laboratorio Unico Metropolitano (LUM).

Ad esito dell'analisi del Gruppo di lavoro, sono risultate percorribili, dal punto di vista giuridico, tre possibili soluzioni:

- 1) Ogni azienda rimane titolare autonomo del trattamento e gli scambi di informazioni e dati rientrano nella fattispecie della comunicazione;
- 2) Contitolarità del trattamento ai sensi dell'art. 4 del Codice Privacy. La soluzione richiede presupposti imprescindibili dal punto di vista giuridico, quali l'insuperabilità del principio della pertinenza e della non eccedenza del trattamento (= presa in carico). Presenta vantaggi e svantaggi che devono essere opportunamente valutati;
- 3) Titolare – responsabile esterno, modello che si applica in presenza di un'attività di servizio svolta da una azienda a favore di una o più altre, nell'ambito di un'attività strumentale rispetto alle attività istituzionali di ciascuna. Quanto alla fattispecie contrassegnata con il numero 3), è stato predisposto modello di lettera di designazione.

Il Tavolo si è riunito il 10.3.2016, il 13.6.2016 e il 15.12.2016; sono intercorsi tra un incontro e l'altro scambi di mail per la predisposizione e validazione della documentazione poi proposta ai direttori sanitarie da questi approvata. Dall'analisi effettuata, sono emerse alcune soluzioni e, per quanto concerne i progetti già avviati, sono state inoltre stabilite e mantenute le tempistiche di realizzazione.

Dall'analisi effettuata, sono emerse alcune soluzioni e, per quanto concerne i progetti già avviati, sono state inoltre stabilite e mantenute le tempistiche di realizzazione. Il quadro dei progetti, delle soluzioni e delle tempistiche risulta quindi:

<b>Progetto</b>	<b>Soluzione</b>	<b>Tempi di realizzazione</b>
Screening HPV	Nomina AOUFE responsabile del trattamento	30.8.2016
Officina Trasfusionale SIMT	Nomina AUSLBO responsabile del trattamento da parte sia di chi conferisce sangue ed emocomponenti all'officina trasfusionale, sia da parte di chi richiede emocomponenti e sangue per trasfusioni	Ottobre 2016
LUM	Nomina AUSLBO responsabile del trattamento.	Congiuntamente alla sottoscrizione della convenzione. Per AOU BO predisposizione lettera di nomina AUSL.
RIS-PACS	Soluzione da individuare	Congiuntamente alla definizione del progetto
118	Necessita di ulteriore approfondimento in quanto è il progetto che ha preso avvio da più tempo ed è necessario recuperare documentazione.	

Nel secondo semestre del 2016, a seguito dell'istituzione all'interno del Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario Regionale, Sociale e Socio Sanitario della funzione "Coordinamento funzioni privacy", sono stati attivati momenti periodici di confronto tra i referenti privacy delle aziende sanitarie regionali, nonché formalizzato un Tavolo di lavoro permanente che vede la partecipazione congiunta di Aziende, Regione e Cup2000. Per quanto riguarda AVEC, i componenti individuati sono UN referente giuridico-amministrativo, un referente medico ed un referente informatico. Ne discende la necessità di approfondire e capire i livelli di interlocuzione e integrazione tra i vari gruppi e tavoli; difatti molte delle tematiche oggetto dei lavori del Tavolo AVEC potranno presumibilmente divenire oggetto dell'attività della funzione e del livello regionale.

### **Progetti ICT**

In linea con la programmazione pluriennale, nell'anno 2016 sono stati portati avanti diversi progetti che hanno avuto origine negli anni precedenti. Tra questi assumono particolare rilevanza: il progetto di sostituzione delle anagrafi aziendali della Medicina di Base con l'anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA), il completamento del progetto di un sistema unico AVEC di Anatomia Patologica che ha visto la sua estensione anche agli Istituti Ortopedici Rizzoli e l'estensione anche all'area metropolitana bolognese del progetto dello screening HPV primario.

Altri progetti che hanno una loro peculiare collocazione nell'anno 2016 sono: il progetto di Laboratorio analisi unico di AVEC per il quale sono state completate le attività di migrazione degli esami e dei punti prelievo di Imola e IOR verso il Maggiore ed è stato realizzato il collegamento tra il sistema DNLab unico metropolitano LUM con l'anagrafe regionale unica della medicina (ARA).

Il sistema, inoltre, è stato integrato attraverso la componente HALIA con la nuova strumentazione Beckman presso gli Spoke dell'AUSL di Bologna e con Dasit per l'ematologia a Ferrara e Bologna S. Orsola.

Anche in ambito di medicina trasfusionale, in attesa dell'espletamento della gara regionale, si è realizzata l'integrazione con l'anagrafe regionale unica della medicina (ARA). Inoltre, a Ferrara sono stati migliorate le

modalità di consultazione dati da parte delle sezioni Avis provinciali per cui si è lavorato anche al consolidamento della rete dati.

E' stata attivata l'integrazione tra il gestionale del Servizio Trasfusionale e il Fascicolo Sanitario Elettronico per la trasmissione on line dei referti ai donatori.

E' stato ulteriormente avanzato il progetto di unificazione dei flussi documentali amministrativi (progetto BABEL) che, nel corso del 2016 ha visto l'attivazione della nuova piattaforma unica alle Aziende Sanitarie USL di Imola, Ospedaliero Universitaria di Bologna e agli Istituti Ortopedici Rizzoli.

In continuità con gli anni precedenti per i progetti regionali, si è cerca in ambito del gruppo ICT AVEC di dare una risposta il più possibile uniforme, compatibilmente con le diverse strategie aziendali. In particolare il progetto di avvio della nuova procedura regionale unica di Gestione delle Risorse Umane denominata GRU, ha visto tutte le Aziende Sanitarie di AVEC coinvolte nel primo gruppo di Aziende attivate al 1 gennaio 2017.

Inoltre il gruppo ICT AVEC per mezzo di referenti appositamente individuati di volta in volta dal Presidente hanno preso parte ai seguenti diversi tavoli di lavoro regionali: Tavolo Privacy, Cabina di regia progetto ARA, Gruppo Strategico ICT, Gruppo di lavoro per la definizione delle linee guida delle Cartella Clinica Elettronica e Gruppo di lavoro per la definizione delle linee guida del software gestionale per l'area del DAISMSP.

Infine si è proceduto alla valutazione degli standard di servizio erogati dal fornitore del nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta.

### **Descrizione sintetica progetti**

#### 1. Sostituzione delle anagrafi aziendali della Medicina di Base con l'anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA).

Obiettivo: implementare presso le Aziende Sanitarie USL di AVEC il software per la gestione della nuova anagrafe regionale unica degli assistiti (ARA). A oggi ARA è stata attivata presso: l'AUSL di Bologna; l'AUSL di IMOLA; l'AUSL di Ferrara, e successivamente sono stati integrati i sistemi di anagrafe MPI: UnixMpi di AVEC; APC di Imola e Ferrara e le Anagrafi Comunali per la gestione delle movimentazioni dei cittadini.

#### 2. Integrazione referti Sistema Trasfusionale con FSE donatori

Obiettivo: realizzazione dell'invio dei referti degli esami di routine prodotti dal Centro Trasfusionale sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dei donatori.

Nel corso del 2016 è stata avviata l'integrazione per spedire i referti del trasfusionale al FSE (esami di routine). L'AUSL di Bologna ha fatto da Hub per l'AVEC ed è partita nel corso dell'anno. Nel corso del 2017 l'integrazione sarà estesa anche alle altre Aziende Sanitarie di AVEC.

#### 3. Anatomia Patologica

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida unica anagrafe, unica configurazione e uniformazione dei format dei referti secondo le indicazioni regionali (check list). Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti attività: attivazione del sistema presso l'anatomia patologica degli Istituti Ortopedici Rizzoli; estensione alle altre aziende di AVEC per la parte di integrazione con i sistemi di order entry e di gestione dello screening con metodologia HPV primario. Infine, per quanto riguarda l'implementazione delle nuove check list per la refertazione si è in attesa di indicazioni per l'implementazione

del modello condiviso delle check list regionali con i referenti di tutti i laboratori di anatomia del progetto AVEC.

#### 4. Laboratorio Analisi unico AVEC

Obiettivo: realizzare un unico sistema informativo centralizzato che condivida un'unica anagrafe, un'unica configurazione e l'uniformazione delle metodiche di lavoro nelle aziende AVEC. Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti ulteriori attività:

- Avviamento catena Beckman attraverso HALIA AVEC al S. Orsola.
- Avviamento nuova strumentazione Dasit attraverso HALIA AVEC per ematologia (catena e strumenti singoli, con gestione anche delle immagini) presso S. Orsola e presso Spoke Ferrara
- Avviamento strumentazione Beckman attraverso HALIA AVEC ad Imola
- Avviamento nuova strumentazione Beckman attraverso HALIA AVEC presso Spoke (Loiano, Bazzano, Porretta, Vergato, Bentivoglio, San Giovanni in Persiceto)
- Collegamento ARA-DNLab LUM
- Spostamento esami e Punti Prelievo di Imola verso Maggiore
- Spostamento di esami Rizzoli verso Maggiore
- Creazione Zona DNLab ad hoc per Screening Neonatale, distinta dal laboratorio

#### 5. Progetto regionale GRU

Obiettivo: attivare la nuova procedura software regionale per la Gestione delle Risorse Umane presso tutte le Aziende Sanitarie di AVEC. Nell'ambito dei lavori coordinati dalla Regione e da Cup2000, le Aziende sanitarie di AVEC sono state coinvolte nelle seguenti attività di configurazione ed avvio del nuovo software avvenuto il 1 gennaio 2017: allineamento dei cataloghi, del Data Dictionary; completamento del data dictionary regionale (ambito: economico, giuridico, presenze e assenze); allineamento dei cataloghi aziendali alle tabelle regionali del data dictionary. Invio specifiche e ordini di fornitura ai fornitori delle aziende del I Lotto per il porting dei dati dalle attuali procedure aziendali verso il nuovo gestionale di GRU denominato WHRTime. Collaudo dell'infrastruttura HW e rete sul sito di produzione di GRU presente nel Data Center di Lepida (Ravenna). Pre-collaudo della maggior parte dei moduli funzionali che afferiscono al GRU. Deployment delle aziende AVEC per i principali moduli applicativi di GRU (giuridico, economico, presenze-assenze, portale del dipendente, trasparenza, modulo formazione, turni) per l'avvio in produzione.

#### 6. Sistema di help desk unico di area vasta

A un anno dall'avvio del servizio, si è proceduto alla valutazione degli standard di servizio erogati dal fornitore del nuovo servizio di help desk, manutenzione e assistenza delle stazioni di lavoro, che si è definitivamente uniformato in area vasta.

Il gruppo ICT AVEC si è incontrato per valutare l'andamento del servizio di HD per l'anno 2016 con particolare riferimento alle variazioni riscontrate negli ultimi mesi. In particolare, nel terzo e quarto trimestre del 2016 si è registrato che i dati hanno evidenziato la riduzione apprezzabile del volume complessivo delle chiamate, un netto miglioramento sia dei tempi medi di risposta sia del numero di chiamate servite nel terzo trimestre e che sono in leggero calo anche i contatti tramite canali alternativi.

Sulla base di tali risultanze sono stati concordati degli interventi migliorativi per il 2017 per quanto riguarda un maggiore utilizzo dei canali alternativi alle telefonate, quali mail e segnalazione da portale, per la raccolta

delle richieste di intervento e una diversa distribuzione del traffico telefonico in entrata tra l'area metropolitana bolognese e l'area ferrarese.

### **Formazione**

Il gruppo, nominato con lettera del 20.04.2016, si è riunito nelle date 07.06; 14.09; 19.10; 28.11. Alle riunioni, svoltesi presso la sede AVEC Via Gramsci, hanno partecipato tutti i Responsabili della Formazione ed altri collaboratori referenti. Principi condivisi per la scelta dei temi formativi e per la redazione del PAF (parte amministrativa e sanitaria):

<b>"Allineamento"</b>	Necessità che le Aziende siano allineate su processi comuni, attraverso la condivisione e la promozione di eventi formativi di carattere trasversale;
<b>"Best practice"</b>	Opportunità che le aree di eccellenza di ciascuna Azienda su tematiche specifiche siano valorizzate sul livello di Area Vasta, così da rappresentare un patrimonio comune di esperienze per un confronto sistematico.

Altra idea che guida i lavori del gruppo AVEC Formazione è lavorare su temi comuni relativi al processo della formazione con l'obiettivo di un confronto sistematico al fine di affrontare insieme problematiche comuni e armonizzare, ove possibile, i processi, anche attraverso la ricerca dei modelli che hanno dimostrato maggiore successo.

### **Redazione e revisione del PAF AVEC**

Un criterio condiviso fin dall'inizio è quello di superare il modello di una pianificazione degli eventi formativi AVEC che rappresenti solo un aggregato di iniziative proposte e portate avanti da ciascuna Azienda e inserite 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.

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

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.

## **Attività formativa svolta nel 2016**

Nel 2016 sono stati realizzati i seguenti eventi formativi:

- Il conflitto di interessi nel sistema di prevenzione della corruzione per il settore sanitario (6 aprile 2016 - AOU BO)
- Appalti e contratti pubblici - speciale riforma 2016 - D.Lgs 50/2016 (26/27 giugno 2016) - AUSL BO
- La vigilanza dei dispositivi medici (6 dicembre 2016) - IOR
- La giornata della trasparenza (7 dicembre 2016) – AUSL BO

Per il 2017, il Gruppo di lavoro ha ricevuto il mandato di implementare un Piano Attività Formative di Area Vasta, coerente con i Piani Aziendali e trasversale per le attività sanitarie ed amministrative. L'obiettivo di tale mandato consiste nell'identificare e selezionare specifiche iniziative formative integrate in AVEC e di identificare un metodo di valutazione dello stesso PAF AVEC.

## **Gestione diretta dei sinistri**

Nel 2016 prosegue la promozione di forme di integrazione a livello provinciale e di Area Vasta anche relativamente agli aspetti assicurativi per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

Il Comitato dei Direttori dell'AVEC ha identificato tra gli obiettivi prioritari per l'anno 2016 la Gestione diretta dei sinistri in quanto entro il 2017 tutte le Aziende AVEC entreranno nel Programma.

Il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", approvato con Deliberazione della Giunta regionale n. 1350 del 17 settembre 2012, e la L.R. del 7 novembre 2012, n. 13: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario regionale" prevede l'introduzione di nuovo sistema di gestione dei sinistri RCT/RCO in ambito sanitario, e in genere della responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di perseguire la tutela complessiva della salute degli utenti che si rivolgono al sistema sanitario regionale. Il Programma citato nasce dall'esigenza di prevenire gli eventi avversi in ambito sanitario e ed ha come finalità il riavvicinamento alle strutture degli assistiti / danneggiati, la presa in carico della persona rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, la prevenzione, gestione e risarcimento degli eventi avversi e l'equo ristoro del danno in tempi rapidi.

Il programma ha previsto per il 2013 tre fasce di importo per la liquidazione del danno e precisamente:

- fino ad € 100.000,00 di competenza delle Aziende Sanitarie che trattano direttamente il sinistro e provvedono autonomamente alla valutazione della sussistenza della responsabilità e alla determinazione del quantum, nel rispetto dei criteri organizzativi ed operativi predisposti dalla Regione;
- tra € 100.000,00 ed € 1.500.000,00 di competenza della Regione Emilia-Romagna in cogestione con l'Azienda Sanitaria e sulla base di una procedura standard;
- oltre € 1.500.000,00 con copertura assicurativa (QBE).

In data 23.12.2013, con DGR n. 2079, a seguito del recesso della Compagnia è stato approvato un nuovo Programma regionale che ha previsto, a far data dall'01/01/2014, solo due fasce di importo per la liquidazione del danno e precisamente:

- fino ad € 250.000,00 di competenza delle Aziende Sanitarie;

- superiori ad € 250.000,00 di competenza della Regione Emilia-Romagna in cogestione con l’Azienda Sanitaria.

I sinistri c.d. di I° fascia vengono gestiti autonomamente dalle Aziende tramite il Comitato Valutazione Sinistri. Tale Organismo interno è preposto alla valutazione delle richieste di risarcimento danni e decide in ordine alla liquidabilità del sinistro tenendo conto della valutazione espressa dalla Medicina Legale con riferimento alla ricostruzione dell’evento dannoso, ai profili di responsabilità e, in caso di sussistenza dei medesimi, alla quantificazione del danno.

Con DGR n. 1889/2015 si è valutato come necessario prorogare la fase sperimentale fino al 31 dicembre 2016, sia al fine di poter meglio adeguare ed uniformare gli assetti organizzativi e le relative procedure in ragione della odierna ammissione delle Aziende sanitarie afferenti ad AVEN, sia al fine di consentire successivamente la naturale estensione del modello di gestione diretta a tutti gli enti del servizio sanitario regionale. In una prima fase sperimentale, tale programma regionale ha coinvolto solo alcune Aziende sanitarie individuate in forza di provvedimento della Giunta n. 1905/2012, tra cui per le Aziende AVEC solo l’Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola Malpighi.

Successivamente con Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 561 del 28/4/2014 è stata ammessa alla fase sperimentale regionale, a decorrere dall’1/5/2014 l’AUSL di Imola e dal 1.5.2016 anche l’AUSL di Bologna (con DGR n. 603 del 28.4.2016).

Dal 1.1.2017 aderiranno l’AUSL di Ferrara e l’AOU di Ferrara, mentre lo IOR con decorrenza successiva (1.5.2017). L’attribuzione alle Aziende Sanitarie di un ruolo nella gestione dei sinistri (autonomo e diretto nella prima fascia, nel 2013 fino a 100.000,00 euro, dal 1 gennaio 2014 fino a 250.000 euro e di tipo collaborativo con la Regione per quanto concerne i sinistri rientranti nella fascia superiore a tali soglie) con una assunzione di maggiore e diversa responsabilità e autonomia ha reso necessaria l’attivazione di un percorso di revisione dei processi in coerenza con l’attuazione del Programma anche nell’ottica di uniformare procedure e modalità operative finanche a valutare la possibilità di gestire in modo unitario e integrato alcune fasi e/o ambiti (es. formazione) e/o organismi necessari per l’attuazione del programma.

In tale ottica il Comitato Direttori AVEC ha effettuato una serie di incontri (8.4.2016; 22.4.2016; 26.5.2016; 22.6.2016; 22.7.2016; 21.9.2016) finalizzati ad analizzare le possibili prospettive per la gestione diretta dei sinistri al fine di ottimizzare ed efficientare l’attuazione del suddetto programma regionale.

In particolare gli obiettivi individuati in sede AVEC sono stati i seguenti:

- individuazione possibili ambiti, strumenti, procedure ed organismi oggetto di unificazione o disciplina comune;
- individuazione migliori pratiche e percorsi che consentano di addivenire in tempi celeri alla definizione dei sinistri.

A tal fine è stata preliminarmente avviata una ricognizione relativa ai dati ed alle informazioni necessarie, per verificare lo stato dell’arte presso ciascuna Azienda in merito alla gestione dei sinistri, e di affrontare le tematiche in oggetto in stretto raccordo con i Direttori Sanitari, sintetizzati in una tabella che di seguito si riporta.

## Analisi dello stato dell'arte al maggio 2016

### Organizzazione dei servizi e personale dedicato

AUTOASSICURAZIONE						
AOU Bologna	AUSL Imola	AUSL di Bologna	IOR	AUSL Ferrara	AOU Ferrara	
Autoassicurazione dal 1.1.2013	Autoassicurazione dal 1.5.2014	Autoassicurazione dal 1.5.2016	No	No	No	
ORGANISMI ESISTENTI IN AZIENDA						
	AOU Bo	AUSL Bo	IOR	AUSL Imola	AUSL Fe	AOU Fe
CVS	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Medicina legale	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Avvocatura interna	Sì	Sì	No	No	No	Sì
Ufficio assicurativo	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Risk manager	Sì Medico legale	Sì Medico legale	Sì Medico direzione	Sì Resp SPP	Sì Figura autonoma Direttore U.O. Comunicazione Accreditamento e Rischio Clinico, Ricerca e Innovaz.	Sì Direttore medico presidio- Responsabile direzione medica

Organico dedicato alla gestione dei sinistri							
		AOU Bo	AUSL Bo	IOR	AUSL Imola	AUSL Fe	AOU Fe
Medicina legale	N. unità in %	4,3	4,75	2,75	1	1,55	
	N. unità a tempo indeterminato	3	7		2	4	
	Altre tipologie unità	1,3	/	3	3	1	
Ufficio assicurativo	N. unità in %	2,50	5,55	2,10	1,50	2,80	2,9
	N. unità a tempo indeterminato	3	3	3	3	5	4
	Altre tipologie unità		3		1		
Avvocatura interna dedicata al settore assicurativo	N. unità in %	1,75	0,50				0,95
	N. unità a tempo indeterminato	2	1				1
	Altre tipologie unità	1					
Altro personale dedicato al settore assicurativo	N. unità in %	0,50		0,30			
	N. unità a tempo indeterminato	1		1			
	Altre tipologie unità				1		



## Volumi di attività

Aziende		AOSP BO	AUSL BO	IOR	AUSL Imola	AUSL Ferrara	AOU Ferrara
N. Sinistri pervenuti	2013	122	229	97	50	72	76
	2014	135	219	108	52	52	68
	2015	103	197	95	37	47	71
	Aprile 2016	37	100	33	14	20	30
<b>Totale</b>		<b>397</b>	<b>745</b>	<b>333</b>	<b>153</b>	<b>191</b>	<b>245</b>
Di cui n. Sinistri chiusi (R/A)	2013	59	81	68	37	31	51
	2014	45	50	60	29	17	27
	2015	13	10	17	19	6	5
	2016	0	0	0	1	0	0

Arretrato complessivo	GD	280			38		
	Polizze	106	1.147	233	104	198	70
Mediazioni	2013	13	24	12	8	8	9
	2014	45	80	34	11	25	24
	2015	48	65	42	19	22	24
	2016	18	30	23	4	16	7
	<b>Totale</b>	<b>124</b>	<b>199</b>	<b>111</b>	<b>42</b>	<b>71</b>	<b>64</b>
Cause RCT	2013	26	47	33	12	15	11
	2014	17	31	26	8	19	12
	2015	31	10	25	10	9	22
	2016	8	9	18	3	9	8
<b>Totale</b>	<b>82</b>	<b>97</b>	<b>102</b>	<b>33</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	

A fronte della predetta ricognizione sono state analizzate alcune ipotesi di riorganizzazione:

**a) Fase istruttoria propedeutica CVS:** è una fase estremamente importante la cui corretta gestione, la completezza delle informazioni e una efficace integrazione tra ufficio assicurativo e medicina legale può determinare un accorciamento dei tempi legati al CVS. Tale fase deve rimanere in capo alle aziende in quanto risulta fondamentale la vicinanza ai professionisti e la conoscenza del contesto organizzativo.

Azione da attuare: istituzione di un gruppo di lavoro tecnico AVEC che predisponga delle linee di indirizzo volte a disciplinare le seguenti tematiche e ad omogeneizzare i percorsi:

- attività e approfondimenti che devono essere effettuati durante la fase istruttoria;
- modalità di integrazione e coordinamento tra medicina legale e settore assicurativo;
- richiesta di *second opinion* (modi, tempi e casi in cui richiederla);
- definizione dei tempi;
- definizione di indicatori di efficacia ed efficienza;

- omogeneizzare le procedure istruttorie propedeutiche alla valutazione dei sinistri nel CVS e definizione degli opportuni interventi correttivi per migliorare la quota sinistri da inviare al CVS entro i primi 6 mesi all'apertura.

**b) Fase decisoria-CVS:** si conferma l'opportunità della compresenza di due CVS distinti: uno per la gestione dei sinistri con polizza ed uno per i sinistri in gestione diretta. Per il CVS legato ai sinistri coperti da polizza, permane per ora la necessità di un organismo aziendale. Per quel che concerne il CVS legato ai sinistri in gestione diretta, si ritiene attualmente più opportuno mantenere tale organismo di valutazione all'interno delle singole aziende pur valutando:

- la possibilità di creare un tavolo di confronto AVEC, costituito dai componenti CVS delle diverse aziende, per creare sinergie e collaborazioni virtuose;
- la possibilità di una sperimentazione di un CVS unico per la gestione e la valutazione di peculiari casi identificati.

**c) Fase di liquidazione del sinistro:** progettazione di una centrale di liquidazione unica che gestisca la trattativa e la liquidazione del sinistro, anche avvalendosi della consulenza e tutoraggio di esperti esterni. Azione da attuare: istituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale che predisponga una proposta di progetto per la creazione di una centrale di liquidazione unica valutando:

- le attività che dovranno essere svolte e i relativi volumi;
- costi cessanti ed emergenti;
- risorse da assegnare e supporto esterno specializzato;
- tempi per la realizzazione;
- punti di forza e criticità.

Per tutte le predette fasi occorre in ogni caso procedere alla individuazione di idonea forma di supporto ai professionisti dedicati in ordine alla formazione permanente e altamente specializzata.

**d) Revisione del modello organizzativo:** dall'analisi sull'attuale organizzazione si è rilevato che frequentemente le strutture che si occupano di gestione dei sinistri non hanno settori dedicati esclusivamente a tale attività, ciò crea una perdita di efficienza e una minore specializzazione del personale. Si ipotizzava perciò un modello organizzativo dei servizi di medicina legale e dei servizi legali assicurativi che permetta di stabilire ambiti di attività e responsabilità separati, ancorchè nell'ambito della stessa UOC, in cui si definiscano in maniera chiara settori dedicati all'ambito assicurativo (es. medicina legale: settore *risk management* - settore medico legale relativo a RCT. Servizio legale: settore legale-settore assicurativo).

Con riguardo alla necessità di definire procedure comuni sia per la fase di valutazione dei sinistri che per la fase di liquidazione, il Collegio, ha ritenuto opportuno verificare l'applicabilità delle Linee Guida Regionali in materia di prossima pubblicazione alle Aziende Sanitarie e, sulla base di esse, sviluppare le procedure di pertinenza legale e medico legale, contraddistinte da tempi e indicatori omogenei, sia per quanto attiene la fase istruttoria che liquidatoria. La predisposizione di tali procedure consentirà così di individuare gli specifici fabbisogni delle Aziende Sanitarie che tengano conto anche degli arretrati esistenti.

Veniva poi costituito un gruppo di lavoro con i referenti dei servizi legali/assicurativi e medicine legali coordinati dal DA e DS Azienda ospedaliero universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna per la disamina di possibili modelli di integrazione che si riuniva nei giorni 13.6, 18.10; 17.11; 1.12 con i seguenti obiettivi:

a) Definizione di una procedura interaziendale AVEC per la gestione diretta dei sinistri per uniformare gli aspetti ritenuti critici, che rallentano le fasi di apertura ed istruttoria (es. rivalutazione in caso di codice giallo, incoerenza tra cartella scritta a mano e parte informatizzata della cartella, carente documentazione ambulatoriale...);

b) Definizione di un percorso omogeneo di Area vasta per la disciplina dell'apporto professionale dei professionisti (pareri, consulenze, *second opinion*) al fine di rendere chiari ed omogenei i tempi e gli standard attesi, in particolare per quel che concerne: la tipologia di prestazione richiesta (comprensiva della *second opinion*); la modalità di tariffazione; le tempistiche di intervento.

Veniva, quindi, ipotizzata la stesura di una convenzione AVEC per l'utilizzo da parte delle aziende di consulenti, tenuto conto dei seguenti principi:

- in tutti i casi possibili ogni Azienda dovrà utilizzare, in qualità di consulenti, professionisti interni all'Azienda stessa o in mancanza, attingere dal personale delle Aziende in convenzione. Tale attività dovrà essere considerata come attività istituzionale allargata all'ambito AVEC (ottica di scambio). Si ipotizza, altresì, di attribuire il compenso ai professionisti sotto forma di incentivo in base alla prestazione effettuata secondo le modalità ed i percorsi seguiti in materia di progetti incentivanti all'interno della propria Azienda.
- tale modalità si ipotizza possa avere risvolti anche sugli sviluppi di carriera da un punto di vista curriculare previa verifica di fattibilità;
- ai fini della definizione degli incentivi da attribuire ai professionisti che effettuano consulenze, dovrà essere impostata una tabella in cui verranno elencate le tipologie di prestazioni possibili ed una ipotesi di relativa tariffazione;
- Per le professionalità eventualmente non presenti in area AVEC o per personale non in forza alle Aziende (es. pensionati normalmente consultati dalle medicine legali) sarà possibile avvalersene previa procedura comparativa;
- Creazione di una sorta di Albo/elenco di disponibili per macroaree di riferimento, Albo aperto da aggiornare annualmente.
- Modalità di individuazione delle prestazioni (consulenza telefonica, esame documentazione, partecipazione a visita, redazione consulenza specialistica, assistenza giudiziale nella redazione di memorie, partecipazione a Collegiale, ecc.), utilizzando come riferimento il tariffario delle prestazioni medico legali (v. SIMLA).
- Non si riscontrano criticità per il ricorso a professionisti AVEC esterni alla Azienda, la cui consulenza rientrerebbe nella disciplina dell'art.58,

c) analizzare le problematiche legate alla documentazione sanitaria che incidono sull'istruttoria, al fine di omogeneizzare a livello di area vasta le modalità e i tempi di richiesta della documentazione medica;

d) nei casi in cui sono coinvolte più aziende: stabilire e proporre una modalità di accesso alla documentazione delle aziende coinvolte in collaborazione e sinergia con gruppo privacy AVEC; stabilire una

modalità di gestione comune nella presentazione congiunta, per più aziende, in qualità di consulenti tecnici. (es. consulenza in ambiti di procedimenti giudiziari comuni in sedi fuori provincia).

e) Individuare casistiche che possono non essere prese in carico dal CVS o prese in carico secondo modalità "snellite", sia nell'ambito dell'istruttoria che nella fase decisoria del CVS. Si chiede l'individuazione di tali casistiche, con la declinazione dei pro e dei contro;

f) Presentare una proposta formativa comune rispetto alla quale viene ipotizzata la possibilità di assegnare la gestione della formazione ad una società esterna mediante gara svolta dal SAM nell'ambito dei 40.000 euro.

## **ALTRE ATTIVITÀ AREA TECNICO AMMINISTRATIVA**

### **Settore acquisti**

La programmazione acquisti 2016 di Area Vasta è stata inserita nel Master Plan regionale di durata triennale (2015 - 2017) che ricomprende, in un unico documento, approvato con apposita DGR e recepito dalle singole Aziende Sanitarie, le procedure in capo ad Intercent-Er, le procedure a livello di Area Vasta e le procedure aziendali. La definizione del suddetto documento è avvenuta a seguito di ripetuti confronti tra l'Agenzia Regionale e le Aree Vaste. Come sempre accade, durante l'anno la programmazione viene da un lato integrata con nuove richieste di acquisto da parte degli utilizzatori/gestori delle risorse, dall'altro, disattesa per dare spazio alle nuove e aggiornate esigenze. Infatti, a fronte di una programmazione di n. 642 procedure così ripartita: 164 tra due o più aziende; aziendali AUSL BO 76; aziendali AOSP BO 209; aziendali IOR 29; aziendali AUSL Imola 52; aziendali AUSL FE 50; aziendali AOSP FE 62.

I 2 Provveditorati dell'AVEC, compresa la struttura presso AO FE - Ospedale di Cona - ne hanno espletate complessivamente n. 405 (di cui n. 363 Bologna e n. 42 Ferrara) così distinte per macro categorie: n. 55 relative a beni e servizi economici; n. 129 relative a beni e servizi sanitari; n. 156 relative ad attrezzature sanitarie, informatiche, tecnico-economiche e servizi di manutenzione; n. 6 relative a servizi sociali; n. 59 rinnovi. Il valore complessivo annuo di aggiudicazione di dette procedure è stato di € 139,97 mln. Iva compresa, valore inferiore per € 4,89 mln. rispetto agli importi indicati nel bando di gara (pari ad un risparmio percentuale del 3,50). Si sottolinea, inoltre, che nel 2016 i due provveditorati dell'AVEC hanno fatto ricorso al mercato elettronico di IntercentER pubblicando sulla piattaforma regionale n. 272 procedure per un importo complessivo bandito di € 13,21 Mln. ed un importo totale di aggiudicazione di € 5,74 Mln. (IVA esclusa): grazie a tali risultati, l'AVEC risulta l'Area Vasta che ha maggiormente utilizzato il mercato elettronico regionale. Inoltre, se per continuità con le rilevazioni degli anni precedenti, si vogliono considerare le gare espletate per almeno n.2 Aziende dell'Area Vasta, queste sono state n.118 (n. 112 Bologna, n. 6 Ferrara) per un importo aggiudicato annuo complessivo di € 85,57 mln. Iva compresa, valore inferiore per € 3,59 Mln. rispetto al bando (-4,20%).

In relazione all'attività svolta tra i due provveditorati, essa risulta così ripartita:

Bologna: n. 14 gare per tutte e sei le Aziende AVEC (importo 10,12 mln. di euro), n. 24 coinvolgono almeno un'Azienda ferrarese, n. 11 coinvolgono le 4 Aziende dell'Area Metropolitana bolognese, n. 62 coinvolgono, separatamente, le Aziende di Area Metropolitana, n. 1 gara è svolta a livello regionale (plasmaderivazione);

Ferrara: n. 1 gara per tutte e sei le Aziende AVEC (importo 217.160,00 euro), n. 1 per le due Aziende ferraresi, n. 4 coinvolgono un'Azienda bolognese.