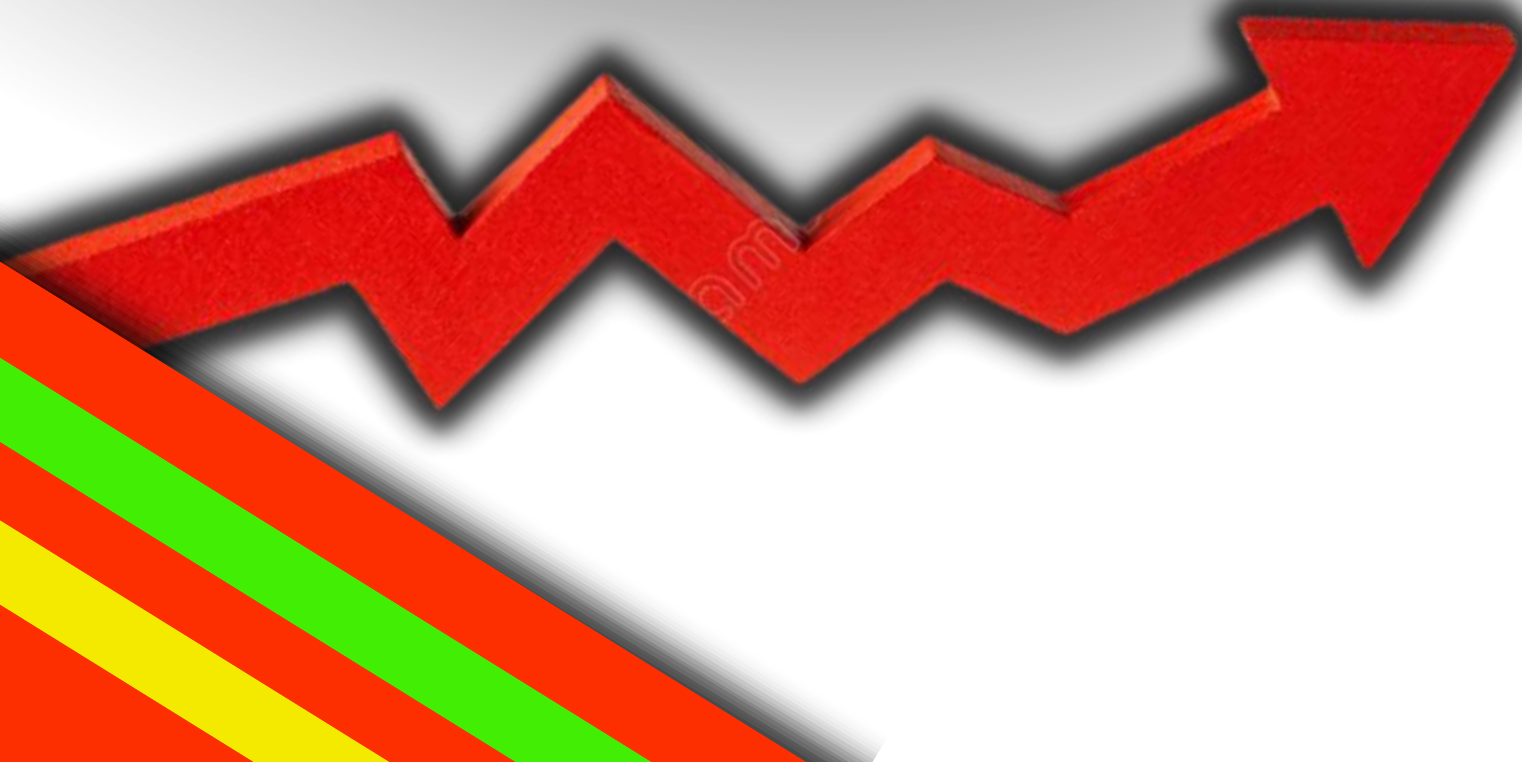


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna



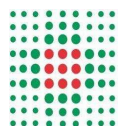
RELAZIONE SULLA  
**PERFORMANCE**  
ANNO 2022



Direzione Generale Ausl Romagna

*Giugno 2023*

*Realizzato da UO Programmazione e Controllo di Gestione*



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

# ***RELAZIONE SULLA PERFORMANCE***

***anno 2022***

Deliberazione n. 234 del 30.06.2023

# Sommario

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. EXECUTIVE SUMMARY.....</b>	<b>7</b>
<b>3. PRINCIPALI INFORMAZIONI SULL'AZIENDA.....</b>	<b>12</b>
3.1. DATI DI ATTIVITA'.....	12
3.2. DATI ECONOMICI.....	12
3.3. PERSONALE.....	13
<b>4. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'UTENTE.....</b>	<b>16</b>
4.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA.....	18
4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE.....	26
4.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI.....	38
<b>5. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....</b>	<b>42</b>
5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE.....	45
5.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO.....	66
5.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE.....	81
5.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	88
<b>6. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E SVILUPPO.....</b>	<b>91</b>
6.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO.....	92
6.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA.....	95
<b>7. DIMENSIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ.....</b>	<b>98</b>
7.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA.....	99
7.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI.....	103

<b>8.</b>	<b>COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI E DOCUMENTI .....</b>	<b>112</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>114</b>
<b>10.</b>	<b>ALLEGATI.....</b>	<b>117</b>

# 1. Premessa

La relazione sulla performance è il documento annuale di rendicontazione delle attività e dei risultati che l'Azienda ha conseguito nell'alveo del sistema di obiettivi e indicatori definiti nel Piano triennale di programmazione.

È redatta in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 819/2021 dell'Assessorato alle Politiche per la Salute ad oggetto *"Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR"* che richiama quanto già previsto dalla Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) *"Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance"* e si colloca all'interno del più complessivo sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende, come sancito dal D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni<sup>1</sup>.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato il percorso di adeguamento al D.Lgs. 150/2009 con la L.R. n. 26/2013 e con la DGR n. 334/2014 *"Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)"*.

All'interno di tale sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di puntuale controllo della gestione e di accurata rendicontazione verso il sistema degli stakeholders, da attuare secondo modalità innovative e specifiche.

Le azioni e gli obiettivi individuati nel documento di programmazione triennale, tengono necessariamente conto sia delle esigenze interne e peculiari dell'Azienda della Romagna sia, nel contempo, delle indicazioni normative e di programmazione locali e regionali.

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

In sintesi, è nelle seguenti fasi che si può riassumere il percorso applicativo del ciclo di gestione delle performance:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed

---

<sup>1</sup> Tale decreto stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

assegnazione degli eventuali obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;

- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (monitoraggio infra-annuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

Le principali aree prese in esame con il Ciclo delle Performance 2021-2023, in coerenza con le indicazioni fornite dagli obiettivi di Mandato del Direttore Generale dell'Azienda USL della Romagna (DGR n. 744/2020) e dalle Linee di Programmazione e Finanziamento regionale annualmente deliberate dalla Giunta Regionale, hanno trovato declinazione in un contesto ancora significativamente segnato dall'emergenza pandemica causata dal diffondersi del virus Sars-Cov-2 e si sono fondate nell'ottica di mettere in atto nuove strategie di risposta ai bisogni di salute dei cittadini con la prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal virus, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico.

In quest'ottica le priorità per l'organizzazione si sono focalizzate sulle seguenti traiettorie:

- il rafforzamento del sistema, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio;
- la messa a punto di modelli organizzativi più flessibili, in grado di rispondere tempestivamente alle emergenze;
- il consolidamento della rete ospedaliera e la valorizzazione delle diverse vocazioni distintive;
- lo sviluppo degli strumenti e delle competenze digitali.

A questo si aggiunge il proseguimento delle azioni messe in atto per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza; per le aree di garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale (in coerenza con DGR n. 603/2019 recante il nuovo PRGLA 2019-2021); per l'equità nell'accesso ai servizi; per l'area dell'emergenza/urgenza con i problemi dell'inappropriatezza degli accessi e del sovraffollamento del pronto soccorso; per la progettazione e realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025; per l'andamento della gestione amministrativo-contabile e dei risultati conseguiti su manutenzioni, investimenti, politiche del personale, sistema informativo aziendale.

Nel corso del periodo di validità del Piano della Performance sono poi divenute di assoluta priorità le attività volte a garantire una tempestiva attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) al fine di cogliere le grandi opportunità di sviluppo e investimento in diversi settori strategici e infrastrutturali dell'Azienda.

Il presente documento *“Relazione sulla Performance 2022”* pertanto evidenzia, sulla base delle indicazioni fornite, i risultati clinici ed organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate di cui al Piano della Performance definito per il triennio 2021-2023.

Completa la rendicontazione dei risultati di gestione conseguiti nell’anno 2022 la *“Relazione sulla gestione del Direttore Generale”* (Allegato B alla Deliberazione n. 167 del 28.04.2023 *“Adozione del Bilancio d'Esercizio 2022”*) dove trovano esplicitazione le azioni realizzate e i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi assegnati all’Azienda USL della Romagna dalla Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1772/2022) e più in generale agli obiettivi di salute ed economici-finanziari in capo a questa Azienda.



## 2. Executive summary

Gli obiettivi clinico-organizzativi relativi all'esercizio 2022 inerenti l'operato dei servizi dell'Azienda USL della Romagna sono strettamente correlati alle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi assegnati con il mandato al Direttore Generale e con le annuali linee di programmazione regionale, proseguendo sulla strada della crescita e dello sviluppo attraverso specifici ed impegnativi progetti:

- in ambito organizzativo, con l'importante revisione dell'assetto dei dipartimenti clinici verso un'aggregazione di livello provinciale per una migliore gestione dei fattori critici ed una maggiore garanzia di servizi di prossimità per i cittadini, un rafforzamento del mandato dei distretti con l'obiettivo di offrire prossimità, globalità, personalizzazione e continuità ai servizi alla persona e il proseguimento del lavoro per assicurare un governo stabile alle unità operative con direzione vacante;
- in ambito sanitario, con lo sviluppo della rete **Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)** in collaborazione con IRST IRCSS, la riorganizzazione delle **Chirurgie Generali** con l'obiettivo primario di mantenere una costante attenzione al miglioramento continuo della qualità delle cure, in un'ottica "Value-Based" e l'implementazione **dell'Accordo Attuativo del Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Parma e Modena e Reggio Emilia per la collaborazione in ambito sanitario;**
- in ambito tecnologico, con la messa in opera di parte del piano strategico di trasformazione digitale denominato **Sanità Digitale Romagna**, recante l'obiettivo di collocare la sanità romagnola in una posizione sempre aggiornata rispetto allo scenario di continua evoluzione tecnologica, anche qua sfruttando le opportunità di finanziamento e di innovazione date dal PNRR;
- in ambito strutturale, oltre al proseguimento del progetto di realizzazione del Nuovo Ospedale di Cesena, tutta l'attività rientrante nei finanziamenti del PNRR per il potenziamento delle infrastrutture digitali, lo sviluppo della rete territoriale (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), gli interventi per il superamento delle criticità sismiche e gli adeguamenti tecnici e strutturali finalizzati alla sostenibilità ed al risparmio energetico.

Per quanto concerne l'obiettivo economico, come già accaduto per gli esercizi 2020 e 2021, l'anno 2022 è stato caratterizzato dall'eccezionalità degli eventi determinati dell'emergenza epidemiologica correlata al virus COVID19 e dal relativo impatto sulla gestione delle Aziende del SSR fino al termine dello stato emergenziale (31 marzo 2022) e dal conseguente trascinamento dei correlati costi covid sull'anno 2022; tuttavia, i minori costi derivanti dal progressivo rientro dello stato emergenziale sono stati più che neutralizzati da un sensibile incremento dei costi

dell'energia e del riscaldamento, solo parzialmente finanziato dai contributi di cui al DL n. 50/22 e DL n. 144/22, nonché dai maggiori costi inflattivi.

Per effetto di queste determinanti, il Modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale dell'Emilia-Romagna presenta un disavanzo di 84,894 milioni di euro.

A fronte del disavanzo sopraindicato, la Regione Emilia-Romagna ha disposto di dare copertura allo stesso con la DGR n. 602 del 20.04.2023: avvalendosi delle norme previste dalla Legge di Bilancio n. 197/2022 (art. 1 commi 822-823) ha approvato le quote di avanzo vincolato di amministrazione da svincolare e ha attribuito alle stesse la destinazione vincolata alla copertura totale del disavanzo della gestione 2022 delle Aziende del servizio sanitario regionale.

Il consuntivo 2022 dell'Azienda USL della Romagna registra un disavanzo di esercizio pari ad € 22.831.659, che troverà copertura nell'ambito delle risorse di cui alla sopra citata DGR n. 602/2023, risorse assegnate alle Aziende sanitarie in sede di approvazione dei bilanci di esercizio 2022 da parte della Giunta Regionale.

Fra gli altri aspetti di maggior rilevanza, in materia di **"Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero"** l'AUSL della Romagna ha avviato un percorso organizzativo interno ed attuato specifiche strategie organizzative al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni chirurgiche e garantire il raggiungimento degli obiettivi regionali. In particolare, l'Azienda ha formulato dei piani operativi, in ottica di operations management, nel rispetto dei principi di efficienza, raggiungendo un incremento della produzione chirurgica pari al 103% rispetto alla produzione dell'anno 2019 ed il recupero della casistica rinviata nella misura dell'84%.

In materia di **"Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale"** l'Azienda UsL della Romagna nel biennio 2021-2022, caratterizzato dalle periodiche criticità legate alle varie ondate di picco Covid, ha sempre evidenziato buone performance sia nella tenuta dei tempi di attesa sia nella ripresa dell'attività e nel recupero delle prestazioni sospese. In particolare, nel 2022 i volumi di produzione (pubblico e privato), pur non raggiungendo i valori del 2019 (-2,5%), sono incrementati rispetto alla produzione del 2021 del 3,1% mediante il ripristino delle regole di accessibilità alle prestazioni pre-COVID e aumentando l'offerta sia presso le strutture pubbliche, attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive in similALPi/AID, sia presso le strutture private con un aumento della committenza.

Considerando esclusivamente l'attività erogata negli ambulatori pubblici presenti presso gli stabilimenti ospedalieri e negli ambulatori territoriali (poliambulatori e consultori), L'Azienda ha erogato un totale di 13.454.518 prestazioni di specialistica ambulatoriale (+4,2% rispetto al 2021; +2,12% vs 2019).

Sull'**area dell'Emergenza/Urgenza**, terzo pilastro dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici dopo il rispetto degli standard per le visite specialistiche e gli interventi chirurgici programmati, nel corso del 2022, una delle principali azioni correttive messe in campo è rappresentata dalla diffusa attivazione di ambulatori specialistici per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U per visite urgenti (da erogarsi entro 24/48 ore) e di ambulatori con sedute dedicate per prestazioni prioritarie (da erogarsi entro 8/10 giorni) al fine di dare risposta adeguata e tempestiva ai pazienti

con problematiche specialistiche urgenti o prioritarie ed altresì evitare un ricorso potenzialmente improprio ai servizi di Pronto Soccorso, contribuendo a creare sovraffollamento e allungamento complessivo dei tempi di processo.

Inoltre, per favorire il contenimento dei tempi di permanenza, soprattutto laddove siano state individuate particolari criticità, si è provveduto alla strutturazione di un'area di *Admission Discharge* per gestire i pazienti in attesa del ricovero Ospedaliero. Tale area, di cerniera con il territorio, ha permesso di migliorare il filtro al ricovero, di identificare percorsi verso la domiciliazione e pertanto di ridurre il tempo di permanenza in PS.

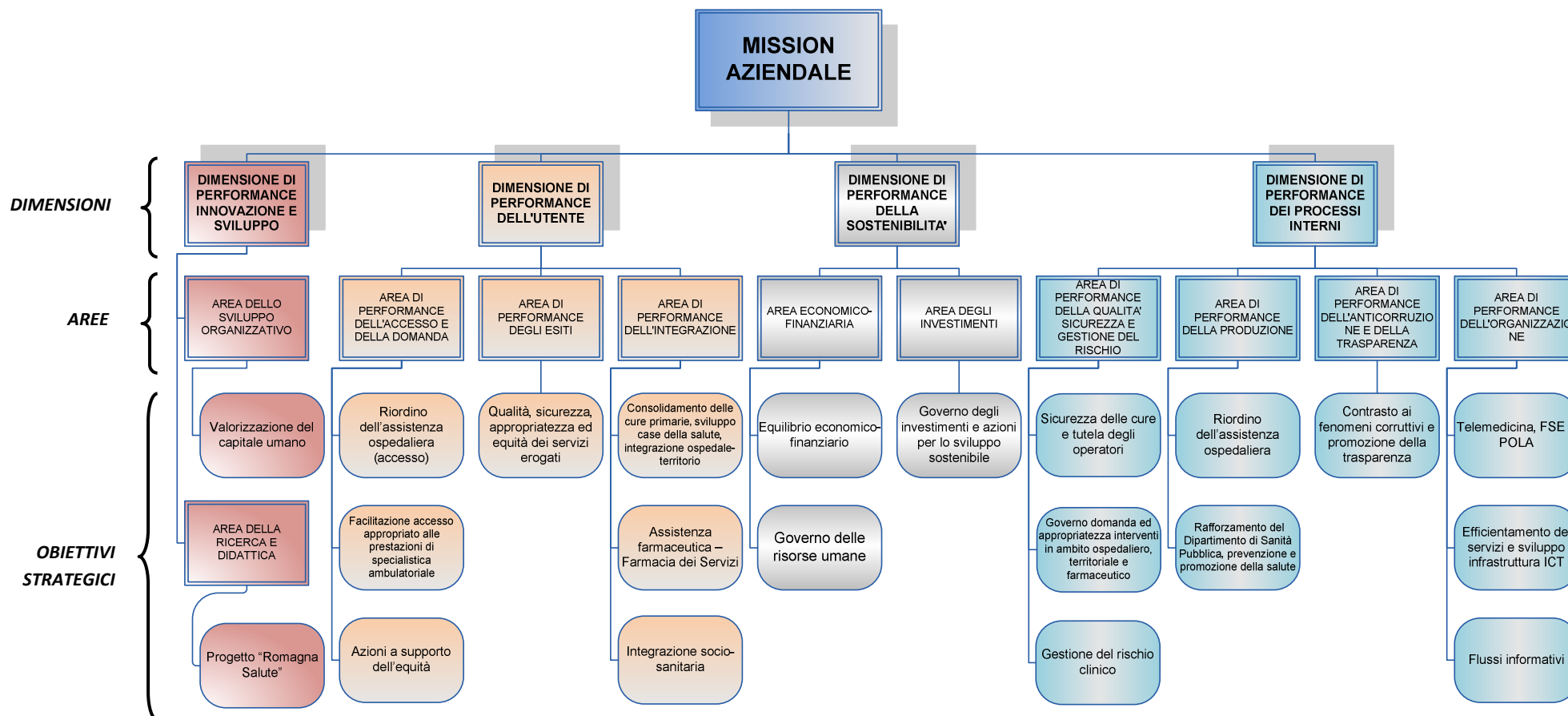
Da ultimo, sull'asset dei percorsi in emergenza urgenza, in ottica di miglioramento complessivo dei percorsi in emergenza urgenza e a maggior ragione stante la situazione di criticità che ancora caratterizza quest'area per le note difficoltà di reclutamento delle risorse necessarie, è proseguita l'implementazione dei percorsi di Fast Track in tutte le strutture sede di PS e coerentemente con le discipline che insistono sulle stesse.

Importanti sviluppi e notevole carico di lavoro si sono infine concentrati sul perseguimento degli ulteriori obiettivi di programmazione:

- area socio-sanitaria;
- integrazione ospedale-territorio;
- politiche del farmaco e uso razionale dei dispositivi medici;
- potenziamento della farmacia dei servizi;
- qualità, sicurezza e gestione del rischio;
- sviluppo attività di ricerca;
- programmazione dei fabbisogni di personale;
- investimenti e manutenzioni;
- sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

I successivi capitoli sono strutturati in modo tale da rendicontare le azioni sviluppate e i risultati conseguiti rispetto alla suddetta programmazione del 2022, con riferimento a ciascuna Dimensione e Area della Performance, come da sottostante schema:

**Albero della performance: rappresentazione grafica**



Al fine di facilitare la lettura si è scelto di effettuare la rendicontazione per singola Area attraverso una breve descrizione delle azioni messe in atto per ogni obiettivo elaborato nel Piano della Performance e la tabella riassuntiva con i risultati agli indicatori regionali<sup>2</sup>. Si evidenzia che per non appesantire il documento e per non generare ridondanze - laddove possibile – si rimanderà per approfondimenti all'allegata *“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”* (acclusa al Bilancio d'Esercizio 2022).

---

<sup>2</sup> Rilevazione effettuata in data 17.06.2023 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna.

## 3. Principali informazioni sull'Azienda

### 3.1. DATI DI ATTIVITA'

I dati di attività relativi all'assistenza ospedaliera, all'assistenza territoriale e al versante della prevenzione nonché le relative analisi sui volumi ed i risultati prodotti sono esaustivamente dettagliati nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale - Allegato B alla Deliberazione n. 167 del 28.04.2023 di adozione del Bilancio di Esercizio 2022 – rinvenibile al seguente link sull'area amministrazione trasparente del sito internet dell'Azienda Usl della Romagna

<https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/bilanci/bilancio-preventivo-e-consuntivo/item/1002-bilancio-d-esercizio-2022-ausl-romagna>

### 3.2. DATI ECONOMICI

A seguire la rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale e del piano investimenti attuato. Per approfondimenti si rimanda all'Allegato A alla Deliberazione n. 167 del 28.04.2023 di adozione del Bilancio di Esercizio 2022 - rinvenibile al seguente link sull'area amministrazione trasparente del sito internet dell'Azienda Usl della Romagna

<https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/bilanci/bilancio-preventivo-e-consuntivo/item/1002-bilancio-d-esercizio-2022-ausl-romagna>

#### CONTO ECONOMICO

	<b>CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO 2022</b>
(A) Valore della produzione	2.752.030.479
(B) Costi della produzione	2.735.477.945
<b>Differenza tra valore e costi della produzione ( A - B )</b>	<b>16.552.534</b>
(C) Proventi ed oneri finanziari	-948.308
(D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	-
(E) Proventi ed oneri straordinari	22.417.949
<b>Risultato prima delle imposte ( (A-B) + C + D + E )</b>	<b>38.022.175</b>
Imposte dell'esercizio	-60.853.834
<b>Utile (Perdita) d'esercizio</b>	<b>-22.831.659</b>

## PIANO INVESTIMENTI

	<b>INVESTIMENTI ANNO 2022</b>
Diritti di brevetto e licenze	514.363
Altre immobilizzazioni immateriali	1.886.615
Terreni e aree edificabili	779.000
Fabbricati	7.433.521
Impianti e macchinari	49.609
Attrezzature sanitarie e scientifiche	7.748.616
Mobili e arredi	587.813
Automezzi	1.971.377
Attrezzature informatiche e beni strumentali diversi	1.471.733
Fabbricati in corso	13.848.885
<b>TOTALE INVESTIMENTI REALIZZATI</b>	<b>36.291.532</b>

### 3.3. PERSONALE

Il 2022 ha visto la graduale cessazione dello stato di emergenza e del definitivo contenimento della pandemia, con un lento ma progressivo riassorbimento delle risorse aggiuntive acquisite per fronteggiare la pandemia e la campagna vaccinale, con contestuale riposizionamento su postazioni che si sono rese via via vacanti nel corso dell'anno.

Tale manovra porterà a riassorbire, complessivamente, circa 650 figure, sia del comparto che della dirigenza, con conseguente tendenza al riallineamento della dotazione organica alla situazione pre-pandemica.

Il dato numerico totale dei dipendenti al 31.12.2022 vede infatti una riduzione di 407 unità rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente e una riduzione di 41 unità rispetto all'anno 2020.

È proseguito, inoltre, in continuità con le politiche avviate negli anni precedenti, ed in ottemperanza alle normative vigenti, il processo di stabilizzazione del personale precario: nel corso del 2022 sono state infatti stabilizzate 434 figure (361 comparto, 73 dirigenza), di cui n. 119 attraverso la cd Legge Madia e le restanti attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento. Nel corso del 2022 sono stati inoltre banditi, sulla base delle indicazioni regionali, gli avvisi di stabilizzazione COVID (ai sensi della Legge di bilancio 2022, n. 234/2021) per ulteriori 50 figure, che hanno sottoscritto il relativo contratto di lavoro a T.I. a decorrere dal marzo 2023.

Tali processi di stabilizzazione, hanno portato la drastica riduzione dei contratti di lavoro a tempo determinato, quasi dimezzati rispetto al 2021.

La situazione del personale dipendente suddiviso per ruolo si è così articolata negli anni:

RUOLI	Valori assoluti			
	2019	2020	2021	2022
Ruolo Sanitario	10.391	11.565	11.905	11.858
Ruolo Tecnico e Socio Sanitario	2.477	2.851	2.887	2.834
Ruolo Professionale	31	35	38	36
Ruolo Amministrativo	1.247	1.247	1.259	1.363
<b>Totale tempo indeterminato</b>	<b>14.146</b>	<b>15.698</b>	<b>16.089</b>	<b>16.091</b>
Personale a tempo determinato – ogni ruolo	1.296	1.041	1.016	607
<b>TOTALE COMPLESSIVO (T.I. + T.D.)</b>	<b>15.442</b>	<b>16.739</b>	<b>17.105</b>	<b>16.698</b>

Anche per l'anno 2022 si è fatto ricorso all'attivazione di rapporti di lavoro autonomo, in analogia a quanto attivato nel corso dell'anno 2021, per far fronte alle criticità riscontrate nel reclutamento di figure della dirigenza medica, condizionata ulteriormente da un crescente turn over che non trova la contestuale compensazione attraverso gli ordinari strumenti assunzionali finalizzati alla costituzione di rapporti di lavoro dipendente: il numero complessivo dei rapporti attivati nel corso 2022 è comunque inferiore all'anno 2021, in considerazione anche del venire meno dello stato di emergenza. Rimane pressoché invariato il personale universitario, sulla base dello sviluppo dei rapporti con l'Ateneo bolognese in collegamento con la programmazione regionale.

ALTRO PERSONALE RUOLO SANITARIO	Valori assoluti			
	2019	2020	2021	2022
Universitario Integrato	6	8	14	15
Contratti Libero Professionali	11	82	53	32
Co.Co.Co.		57	87	36
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>147</b>	<b>154</b>	<b>83</b>

Il personale infermieristico rappresenta oltre il 45% del totale dei dipendenti e le donne ricoprono circa il 75% dei posti totali, senza variazioni rilevanti rispetto all'anno 2021.

DIPENDENTI – Anno 2022	MASCHI N.	%	FEMMINE N.	%	TOTALI	%
Dirigenti Sanitari	1.171	7,0%	1.687	10,1%	2.858	17,1%
Altri Dirigenti (APT)	50	0,3%	58	0,3%	108	0,6%
Personale Infermieristico	1.337	8,0%	6.303	37,7%	7.640	45,8%
Personale OTA, OSS, Ausiliari	301	1,8%	1.584	9,5%	1.885	11,3%
Personale Tecnico Sanitario	480	2,9%	1.416	8,5%	1.896	11,4%
Personale Amministrativo	242	1,4%	1.100	6,6%	1.342	8,0%
Altro Personale	623	3,7%	346	2,1%	969	5,8%
<b>TOTALE</b>	<b>4.204</b>	<b>25,2%</b>	<b>12.494</b>	<b>74,8%</b>	<b>16.698</b>	<b>100,0%</b>



Anche nell'anno 2022, la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella fra 45-54 anni, che corrisponde al 31,2% del totale dei dipendenti, mentre la fascia d'età più giovane (<=35 anni) rappresenta il 22,3% del personale (nel 2021 erano il 23,2%).

CLASSI ETÀ	<= 35		36 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65		TOTALE	
CATEGORIE PROF.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Dirigenti Medici e Veterinari	169	265	277	536	294	500	341	345	90	41	1.171	1.687
Altri Dirigenti (Sanitari, APT)	1			6	26	18	21	34	2		50	58
Personale Infermieristico	446	1.975	295	1.106	375	2.049	219	1.153	2	20	1.337	6.303
Personale OTA, OSS, Ausiliari	58	125	88	251	96	635	55	536	4	37	301	1.584
Personale Tecnico Sanitario	116	407	121	312	116	318	121	366	6	13	480	1.416
Personale Amministrativo	24	76	38	168	95	380	83	457	2	19	242	1.100
Altro Personale	36	31	109	44	222	83	249	179	7	9	623	346
<b>TOTALE v.a.</b>	<b>850</b>	<b>2.879</b>	<b>928</b>	<b>2.423</b>	<b>1.224</b>	<b>3.983</b>	<b>1.089</b>	<b>3.070</b>	<b>113</b>	<b>139</b>	<b>4.204</b>	<b>12.494</b>
<b>TOTALE % per età</b>	<b>22,3%</b>		<b>20,1%</b>		<b>31,2%</b>		<b>24,9%</b>		<b>1,5%</b>		<b>100,0%</b>	

### Turn Over

Nella tabella sottostante sono riportati i dati inerenti le cessazioni dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato avvenute nel 2022, a fronte delle quali si è provveduto, ove possibile, alla copertura del turn over per i diversi ruoli utilizzando gli ordinari strumenti di reclutamento e di stabilizzazione.

Ausl Romagna – Anno 2022	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totali
Dirigenza	54	32	91	48	225
Comparto	147	136	293	185	761
<b>Totale cessazioni</b>	<b>201</b>	<b>168</b>	<b>384</b>	<b>233</b>	<b>986</b>

## 4. Dimensione delle performance dell'utente

Di seguito viene dapprima rappresentato il quadro sinottico che pone in relazione gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Ausl della Romagna (DGR n. 744/2020) con le Area di Performance relative alla dimensione dell'Utente e a seguire si trova un resoconto dei principali interventi attuati nel 2022 e dei risultati conseguiti per ciascun obiettivo strategico individuato.

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE			
Obiettivi di mandato	Area dell'accesso e della domanda	Area dell'integrazione	Area degli esiti
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.1. Riordino dell'Assistenza Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi</li> <li>- Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza</li> </ul>		
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.2. Consolidamento delle cure primarie, sviluppo delle case della salute, integrazione ospedale-territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale</li> <li>- Percorsi di assistenza protesica</li> <li>- Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento del programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019</li> <li>- Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico</li> <li>- Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità</li> <li>- Sviluppo delle cure domiciliari</li> <li>- Sviluppo della rete di cure palliative</li> <li>- Sviluppo della medicina di iniziativa</li> <li>- Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche</li> <li>- Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale</li> </ul>	

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance			
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE			
Obiettivi di mandato	Area dell'accesso e della domanda	Area dell'integrazione	Area degli esiti
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.5. Assistenza farmaceutica		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi</li> </ul>	
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.6. Integrazione sociosanitaria		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti</li> <li>- Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza</li> <li>- Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del programma regionale sul 'Dopo di noi' per l'assistenza alle persone con grave disabilità</li> </ul>	
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.8. Azioni a supporto dell'equità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione piano aziendale</li> <li>- Utilizzo degli strumenti di equity assessment</li> <li>- Promuovere la formazione in tema di medicina di genere ed equità</li> <li>- Monitorare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc predisposti con il coordinamento regionale</li> </ul>		
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>			Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici ed organizzativi con riferimento alle aree a maggior criticità risultanti da indicatori GRIGLIA LEA, PNE, Bersaglio, SIVER e conseguente definizione/individuazione interventi di miglioramento

#### **4.1. AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA**

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2022 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

##### **Riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi**

In relazione allo specifico obiettivo di facilitazione all'accesso delle prestazioni chirurgiche, volto a contenere i tempi e le liste di attesa, l'Ausl della Romagna ha istituito il Progetto *HPR – Health Process Reengineering* – con il coinvolgimento di tutti i professionisti del percorso chirurgico. Tali professionisti, suddivisi in 4 gruppi di lavoro, hanno collaborato per individuare le priorità e gli strumenti organizzativi/tecnologici ritenuti necessari per efficientare l'attività chirurgica:

- Analisi della domanda e definizione dell'offerta (perfezionamento e capillarizzazione dell'utilizzo della programmazione informatizzata e della pre-lista, coinvolgimento il privato accreditato);
- Omogeneizzazione e governo del percorso paziente (procedure operative e allocazione delle risorse, revisione del percorso, monitoraggio e manutenzione delle liste di attesa);
- Deployment dell'offerta sulle strutture operative (vocazioni distintive per disciplina, Documento Chirurgie 2.0);
- Massimizzazione dell'efficienza delle sale operatorie e della piattaforma chirurgica (board chirurgici locali, indicatori di efficienza, monitoraggio rilevazione tempi perioperatori);
- Utilizzo di strumenti informatici grazie al laboratorio sanità digitale (progettazione ed implementazioni di cruscotto gestione liste di attesa e dashboard).

Parallelamente, è stata costantemente effettuata una pulizia delle liste di attesa, con recall dei pazienti da parte delle UUOO chirurgiche (con la collaborazione dei servizi di pre-ricovero), come previsto dalla PA 165 e condiviso dalla RUA in sede di riunione del gruppo di lavoro regionale su SIGLA-liste di attesa ed il risultato di tale operazione è poi stato condiviso con le Direzioni Mediche di Presidio e con la Direzione Strategica.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica svolta in Ausl della Romagna nel corso del 2022, in particolare per l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa per gli interventi oggetto di monitoraggio, l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto i target attesi in tutte le tipologie di intervento, nonostante la rimodulazione della produzione chirurgica finalizzata al recupero della casistica rinviata durante il biennio 2020-2021.

##### ***Per gli interventi oncologici soggetti a monitoraggio PNGLA. Target: 90% entro i tempi di classe di priorità***

Nel complesso di quest'area di analisi, la performance nel 2022 dell'Azienda USL si attesta al 92,1% di interventi oncologici erogati entro i tempi della classe di priorità (era 92% nel 2020 e 92,8% nel 2021) mentre il dato medio regionale è al 80,4% (era 85% nel 2020 e 77,7% nel 2021).

##### ***Per gli interventi di protesi d'anca: >=85% entro i tempi di classe di priorità***

Gli interventi di protesi d'anca effettuati entro i tempi di classe di priorità assegnata nel 2022 in Romagna sono stati il 96,8%, a fronte di un 85% complessivo regionale.

##### ***Per gli interventi cardiovascolari soggetti a monitoraggio PNGLA: >=90% entro i tempi di classe di priorità***

Gli interventi cardiovascolari soggetti a monitoraggio PNGLA effettuati entro i tempi di classe di priorità assegnata nel 2022 in Romagna sono stati il 91,3%, a fronte di un 85,2% complessivo regionale.

***Per gli interventi di chirurgia generale soggetti a monitoraggio PNGLA:  $\geq 75\%$  entro i tempi di classe di priorità***

Gli interventi di chirurgia generale soggetti a monitoraggio PNGLA effettuati entro i tempi di classe di priorità assegnata nel 2022 in Romagna sono stati il 74,2%, a fronte di un 55,9% complessivo regionale.

***Per gli interventi di biopsia percutanea del fegato:  $\geq 90\%$  entro i tempi di classe di priorità***

Gli interventi di biopsia percutanea del fegato effettuati entro i tempi di classe di priorità assegnata nel 2022 in Romagna sono stati il 99,2%, a fronte di un 96,3% complessivo regionale.

Nella prospettiva del recupero della casistica rinviata durante il biennio 2020-2021, l'Azienda USL della Romagna ha formulato specifici piani operativi in ottica di operations management, raggiungendo un incremento della produzione chirurgica (con il contributo del Privato) pari al 103% rispetto alla produzione dell'anno 2019 ed il recupero della casistica rinviata nel 2020-2021 nella misura dell'84% (a fronte di un obiettivo assegnato dalla Regione di recuperare almeno l'80%).

### **Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza**

Dopo gli importanti sforzi organizzativi che già a partire dal 2021, anche a seguito dell'emergenza pandemica, sono stati orientati a:

- ottimizzare la fase di dimissione e boarding migliorando la capacità ricettiva dei reparti per assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente;
- implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto liberi;
- strutturare percorsi di ricovero in sicurezza che garantiscano maggiore tempestività e contenimento del tempo di boarding;
- strutturare percorsi di consulenza specialistica in sicurezza che garantiscano maggiore tempestività di risposta e contenimento del tempo di permanenza in PS;
- lavoro congiunto e coordinato con il NUCOT (Nucleo Continuità Ospedale Territorio) e/o gli altri professionisti del territorio per facilitare la presa in carico condivisa e la transizione dei pazienti che non necessitano di un ricovero ospedaliero, verso l'assistenza territoriale;

per perseguire l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso, nel corso del 2022 si sono programmate ulteriori azioni che nella loro implementazione necessitano del coinvolgimento dell'intero ospedale. In particolare, il lavoro si è concentrato sull'attivazione di Ambulatori Specialistici per visite urgenti (24/48 ore) e Ambulatori con sedute dedicate per prestazioni prioritarie (8/10 giorni), aventi il fine di evitare che pazienti con problematiche specialistiche urgenti o prioritarie confluiscono in Pronto Soccorso, contribuendo così al sovraffollamento e allungamento complessivo dei tempi di processo.

Al fine del controllo dei tempi di permanenza, in particolare laddove si siano individuate particolari criticità dei tempi di attesa al ricovero, si è lavorato anche all'identificazione di un'area di *Admission Discharge* per gestire pazienti in attesa del ricovero Ospedaliero. Tale area di cerniera con il

territorio ha permesso di migliorare il filtro al ricovero, di identificare percorsi verso la domiciliazione e soprattutto di ridurre il tempo di attesa al ricovero.

In tutte le sedi di Pronto Soccorso DEA di 1 e 2 livello si è inoltre potenziata l'attività di Osservazione Breve Intensiva.

**% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi. Target > 95%**

La percentuale di accessi con permanenza <6h + 1h nei PS con meno di 45.000 accessi nel 2022 si è attestata al 82,26%, in diminuzione rispetto all'86,3% del 2021 nel quale, tuttavia, si erano registrati oltre 20.000 accessi in meno. Tutti i PS/PPI raggiungono il target con l'eccezione di Forlì (66,41%), Riccione (76,1%), Lugo (80,5%), Faenza (81,1%). Il risultato è leggermente al di sotto del dato medio regionale pari al 85,9%, anch'esso in deflessione rispetto al 2021 (88,3%).

**% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi. Target > 90%**

La percentuale di accessi con permanenza <6h + 1h nei PS con oltre 45.000 accessi nel 2021 si è attestata al 76,84%, con valori che vanno dal 65,4% del PS di Ravenna al 88,7% del PS di Cesena. Il risultato, in mantenimento rispetto al 2021 a fronte, comunque, di un incremento di circa il 20% degli accessi, si attesta su valori che non permettono di raggiungere l'obiettivo ma superiori al dato medio regionale fermo al 73,9%.

**Facilitazione dell'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'Azienda prosegue nell'impegno di assicurare il governo delle liste di attesa, al fine di garantire ai cittadini un equo accesso ai servizi sanitari e promuovere l'adozione di corretti protocolli prescrittivi.

Nel biennio 2020-2021, caratterizzato dalle periodiche criticità legate alle varie ondate di picco Covid, l'Azienda Usl della Romagna ha sempre evidenziato buone performance sia nella tenuta dei tempi di attesa sia nella ripresa dell'attività e nel recupero delle prestazioni sospese.

Anche nel corso del 2022 la produzione di specialistica ambulatoriale, pur non raggiungendo i valori del 2019, è aumentata del 3,1% rispetto al 2021, in particolare grazie al ripristino delle regole di accessibilità alle prestazioni pre-COVID e aumentando l'offerta sia presso le strutture pubbliche, attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive in similALPi/AID, sia presso le strutture private, mediante un aumento della committenza.

Oltre al riallineamento dei volumi di attività ai valori 2019, gli obiettivi qualitativi su cui l'Azienda ha prioritariamente lavorato nel 2022 sono:

- **promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.** Nel 2022 le visite di controllo prescritte dallo specialista ospedaliero (calcolate sull'erogato) sono aumentate del 2% rispetto al 2021 (86,1% vs 84,2%, Fonte: SivER – IND0787). In valori assoluti si è passati dalle 169.430 prestazioni prescritte dallo specialista del 2021 alle 202.734 del 2022 (+19,7%). Tuttavia, l'analisi per dipartimento ha evidenziato ancora la presenza di alcune criticità, spesso riconducibili all'adeguamento dei sistemi informativi e alla necessità di reiterare momenti di formazione sulle regole di prescrizione e momenti di confronto per la risoluzione dei problemi tecnici/informatici. Invece, la percentuale di prenotazioni effettuate dalla struttura che ha in carico il paziente, nella rilevazione aziendale del 2022, si attesta su valori intorno al 50%, dato ancora decisamente al di sotto dello standard. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo deve essere valutato nell'ambito

di un percorso di revisione di tutte le agende/percorsi iniziato lo scorso anno e che proseguirà nel 2023, della disomogeneità degli applicativi informatici e del contesto organizzativo di supporto alla prenotazione.

- **Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale.** Durante il 2022 è proseguito il lavoro di inserimento delle prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni online sul CUPWEB, evidenziando a fine anno una percentuale superiore al 90% (rilevazione aziendale) al netto delle prestazioni prenotabili a CUP che non è ancora possibile portare in CUPWEB per la presenza di percorsi dedicati per diagnosi non gestibili dalla piattaforma online (es: visita allergologica).
- **Appropriatezza prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22.** Sono proseguiti i lavori del tavolo appropriatezza aziendale che ha lavorato su percorsi prestazionali condivisi fra i professionisti e i MMG. I criteri prescrittivi per priorità sono stati inseriti nelle cartelle SOLE dei MMG. Nel contempo sono stati presentati i percorsi regionali agli specialisti di pertinenza per tutte le integrazioni/correzioni richieste alle Aziende prima della redazione definitiva dei documenti. A breve inizierà il lavoro dei tavoli per il recepimento dei percorsi regionali con aggiornamento dei relativi percorsi aziendali attualmente in essere. Inoltre, nel 2022 sono stati elaborati i seguenti protocolli aziendali, condivisi con MMG e specialisti ospedalieri:
  - visita ematologica U e B
  - visita immunoematologica U e B
  - revisione visita reumatologica B (per PDTA spondilite anchilosante e artrite psoriasica).
- **Telemedicina.** Le televisite/prestazioni organizzative erogate da medici e altri professionisti sanitari nel 2022 sono state 21.898, il 48% in più dell'anno precedente. Il dato di incremento dell'intera regione è stato ancora superiore, pari al 56%. A livello aziendale sono stati attivati i teleconsulti fra medici specialisti. Nella tabella di seguito riportata sono elencate le discipline interessate ed i volumi erogati nel 2022

### Percorsi di assistenza protesica

L'applicazione della DGR 1844/2018, conseguente al DPCM 12/01/2017, parte da una revisione organizzativa dell'assistenza protesica che preveda la esplicitazione di equipe multi-professionali che si pongono a supporto del medico prescrittore nella individuazione e prescrizione di protesi, ortesi ed ausili.

Per analizzare e definire l'applicazione della DGR 1844/2018 l'Azienda ha istituito uno specifico gruppo di lavoro che ha lavorato alla predisposizione di un documento in cui sono state individuate e formalizzate le soluzioni organizzative e procedurali, in particolare per garantire il rispetto dei tempi di fornitura e consegna dei dispositivi ed i percorsi di continuità assistenziale. Il documento aziendale di applicazione della DGR 1844/2018 è stato presentato in Collegio di Direzione il 05.04.2022. Prevede un'applicazione che dovrà pervenire a regime entro il 2023.



Inoltre, a livello organizzativo, l'Azienda ha istituito tre strutture semplici di Assistenza Riabilitativa Territoriale, con valenza provinciale, che fungono da riferimento in materia di assistenza protesica per protesi, ortesi ed ausili riabilitativi connessi alle funzioni relative al movimento e alle funzioni cognitive, ausili assistenziali.

Infine, è proseguito il lavoro per l'efficientamento della gestione del percorso di assistenza protesica, convogliato sull'acquisto e l'implementazione in tutta l'Azienda del software Auxilium che permette di tracciare le forniture, di gestire l'Albo dei Prescrittori e dematerializzare la documentazione.

### **Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e diseguaglianze**

L'azienda opera costantemente per implementare modelli e strumenti informativi volti a promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini, con l'obiettivo di migliorare il rapporto medico-paziente, la relativa presa in carico e la facilitazione della comunicazione. In particolare, nel corso del 2022 Gli operatori del Distretto di Forlì coinvolti nei processi afferenti al Community Lab, hanno partecipato ai 4 incontri dei laboratori formativi sulla *"promozione della Salute in età evolutiva"* proposti dalla Regione Emilia-Romagna (09/05-13/06-23/09-09/11). Considerato il target, la *"cabina di regia"* territoriale identificata ha deciso di convogliare le attività nella *"rete adolescenza"*, uno strumento già attivo nel territorio come spazio dialogico di pensieri e azioni, proprio verso l'adolescenza. Inoltre, si è cercato di identificare sinergie con le attività proposte per gli adolescenti nell'ambito dei diversi programmi del Piano di Prevenzione.

A livello territoriale hanno fatto seguito 4 incontri, due con la cabina di regia e due per *"traslocare"* nella rete adolescenza la progettualità.

Con la partecipazione degli operatori regionali del *"Settore innovazione nei servizi sociali e sanitari - Direzione Generale cura della persona salute e welfare"* è stato presentato in un incontro ad hoc alla *"rete adolescenza"* il percorso *"Community Lab"*.

In tale occasione si sono raccolte le possibili alleanze con i diversi attori delle istituzioni e del terzo settore, identificando un nuovo gruppo di lavoro operativo intersettoriale che ha definito come primo step di lavorare sulla creazione di una *"mappatura emozionale della città"* per definire con il coinvolgimento dei ragazzi, i significati che la popolazione giovanile attribuisce ai luoghi che *"abitano"*

### **Azioni di supporto all'equità**

Nel corso del 2022 le strategie di equità, come approccio strutturale del sistema servizi sanitari e sociosanitari, sono state sviluppate pur con qualche residuo rallentamento determinato dal Covid 19 e anche tenendo conto delle esperienze maturate nell'ambito della gestione di questa emergenza.



Con la Delibera del Direttore Generale n. 449 del 13.12.2022 è stato approvato il Piano aziendale di azioni per l'equità 2022-24 e individuato il Board Aziendale, con la nomina del referente Equità per il Triennio in questione.

Il piano, in continuità con il precedente, ha l'obiettivo di diffondere una vision orientata all'equità a livello Aziendale e di includere strumenti per la valutazione e il contrasto delle disuguaglianze a livello di Governance, programmazione e valutazione dei servizi erogati.

Nel 2022 la fase di stesura del nuovo piano è stata utilizzata per ricostruire la rete di professionisti da coinvolgere nei progetti e riavviare il percorso di promozione alla cultura sui temi dell'equità tra i professionisti sanitari operanti in azienda. Tale approccio accompagnerà anche parte delle attività del Piano per il 2023, che oltre a porre in essere attività specifiche di valutazione e contrasto alle disuguaglianze, fornirà agli operatori identificati le competenze sulla valutazione delle disuguaglianze e sugli strumenti e azioni disponibili per il contrasto.

Il Board strategico aziendale si riunirà il 4 aprile 2023 per nominare ufficialmente i referenti delle diverse aree che comporranno il Board operativo responsabile dei singoli progetti e condividere la scheda di attività per l'anno 2023.

Obiettivo specifico del Piano Equità Aziendale 2022-24 è il coordinamento degli interventi che verranno condotti a livello locale inserendoli in una visione di sistema e facendo dialogare le diverse figure che verranno progressivamente coinvolte, anche al fine di capitalizzare le risorse disponibili; questo soprattutto per quei programmi nei quali sono previste azioni a livello locale.

I programmi che, secondo una valutazione regionale, si prestano a una declinazione locale di questo tipo, e quindi possibili oggetti di scelta da parte delle Aziende USL, sono di seguito elencati:

PP02 Comunità attive;

PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute;

PP04 Dipendenze;

PP05 Sicurezza negli ambienti di vita;

PL11 Primi 1000 giorni;

PL13 Screening;

PL20 Sani Stili di Vita: dalla promozione alla presa in carico.

Nel corso del 2022 è stato ripreso e riattivato l'HEA del PL11 Primi mille giorni.

In particolare, in collaborazione con il Referente del Piano Regionale della Prevenzione e i Referenti del PL11, è stato attivato il gruppo di lavoro dipartimentale coinvolgendo tutti i Direttori dei Dipartimenti Salute Donna Infanzia e Adolescenza e i Direttori dei Consultori/Pediatrie di Comunità. Al tavolo hanno partecipato attivamente anche professionisti del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Nel corso del 2022 è stato redatto il nuovo Profilo di Equità pre e perinatale che verrà pubblicato entro il mese di aprile 2023 e che ha già portato ad identificare alcune azioni di miglioramento. Tra queste è in corso la progettazione, in collaborazione con UNIBO, di una ricerca intervento per il contrasto delle disuguaglianze rilevate nella presa in carico della gravidanza a livello Aziendale che interesserà il 2023 e 2024 .

Le attività di equity assessment hanno accompagnato anche i lavori dei tavoli aziendali del PL11.

#### 4.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'accesso e della domanda

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area evidenziano alcune criticità per l'anno 2022, certamente ancora acute, almeno nella prima parte dell'anno, dall'emergenza Covid che ha complicato il raggiungimento/consolidamento di alcuni dei risultati attesi nel piano triennale.

I punti maggiormente critici da segnalare riguardano gli indicatori sui tempi di attesa ex-post per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica nelle classi di priorità D e B:

##### ***IND0807 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi***

Rispetto all'obiettivo di assicurare l'erogazione di prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (ovvero entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami diagnostici), la rilevazione ex post evidenzia un peggioramento della performance rispetto al 2020, con la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi che si abbassa dal 76,49% del 2020 al 63,88% del 2022. In sede di analisi, oltre a tener conto di come il volume complessivo di attività sia più che raddoppiato fra 2020 (80.022 prestazioni) e 2022 (175.651 prestazioni) e che il contesto in cui la dilazione degli appuntamenti per il rispetto delle indicazioni igienico sanitarie ha pesato ancora nei primi mesi dell'anno, occorre determinare ulteriori correttivi per un riallineamento delle performance almeno ai valori medi regionali (76,77%).

Le stesse considerazioni valgono anche per ***IND0789 - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (NSG)*** rispetto al quale la percentuale di prestazioni con priorità B garantite entro i tempi è in costante diminuzione nel triennio (79,39% del 2020, 76,13% del 2021, 71,13% del 2022) e con un gap di circa 8 punti percentuali rispetto la media regionale.

Le azioni implementate nell'anno hanno prevalentemente riguardato, oltre al lavoro di identificazione delle agende e dei percorsi di accesso per le prestazioni prioritarie B in tutte le UU.OO. aziendali, la gestione delle criticità dei tempi di attesa attraverso l'aumento dell'offerta mediante prestazioni aggiuntive (similALPI/AID) presso le strutture pubbliche e il ricorso alla committenza integrativa presso le strutture private dove sono state attivate anche agende di garanzia per ambito che hanno dato una risposta puntuale calmierando le situazioni di maggior criticità.

Nella tabella successiva è possibile poi rilevare gli altri indicatori i cui target attesi non risultano pienamente raggiunti sebbene si mantengano in linea con lo storico e/o prossimi ai risultati complessivi regionali ma sui quali si ritiene opportuno sviluppare azioni di miglioramento. Questo in particolare per superare le criticità legate al sovraffollamento e ai tempi di permanenza in pronto soccorso che, con la persistente riduzione di risorse mediche cui si sta assistendo, presentano performance in costante e generale peggioramento sia a livello locale che regionale. Fra le azioni messe in campo, come già esplicitate nel precedente paragrafo, si segnalano l'attivazione di ambulatori specialistici per visite urgenti e prestazioni prioritarie, il potenziamento dei percorsi di

Fast Track e la strutturazione di aree di Admission Discharge per gestire i pazienti in attesa del ricovero Ospedaliero e ridurre i tempi di permanenza.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0319</b> - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,78	81,76	<b>99,69</b>	84,31	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020 e comunque > 90%
<b>IND0320</b> - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	99,81	99,8	<b>99,72</b>	92,45	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020 e comunque > 90%
<b>IND0795</b> - Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	98,22	98,86	<b>98,7</b>	88,71	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020 e comunque > 90%
<b>IND0807</b> - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (NSG)	76,49	67,14	<b>63,88</b>	76,77	Da migliorare	Miglioramento valori 2020 con tendenziale avvicinamento al 90%
<b>IND0787</b> - % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	84,62	84,17	<b>86,13</b>	89,75	In linea con l'atteso	Miglioramento continuo e comunque > 80%
<b>IND0789</b> - Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (NSG)	79,39	76,13	<b>71,13</b>	79	Da migliorare	Miglioramento valori 2020 con tendenziale avvicinamento al 90%
<b>IND0861</b> - % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	96,74	97,07	<b>97,77</b>	98,23	In linea con l'atteso	Tendenziale raggiungimento del 100%
<b>IND0775</b> - % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	81,44	76,17	<b>76,84</b>	73,94	Da migliorare	Miglioramento valori 2020 con tendenziale avvicinamento al 90%
<b>IND0776</b> - % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	89,72	86,34	<b>82,26</b>	85,93	Da migliorare	Miglioramento valori 2020 con tendenziale avvicinamento al 95%

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0137</b> - % abbandoni dal Pronto Soccorso	4,69	5,86	<b>7,37</b>	6,11	Da migliorare	Mantenimento /riduzione valori 2020 e comunque < 5%
<b>IND0410</b> - Tasso std di accessi in PS	270,39	301,97	<b>352,29</b>	349,02	In linea con l'atteso	Riduzione valori 2019 (404,11)
<b>IND0782</b> - Indice di filtro del PS	23,87	23,16	<b>22,21</b>	19,49	In linea con l'atteso	Tendenziale mantenimento dei valori 2019 (19,17)
<b>IND0830</b> - Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - NSG D09Z	15	15	<b>15</b>	15	In linea con l'atteso	<= 15
<b>IND0841</b> - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std x 1.000 residenti - NSG H01Z	108,56	118,11	<b>123,32</b>	119,4	In linea con l'atteso	Tendenziale mantenimento dei valori 2019 (128,89)
<b>IND0765</b> - Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	91,96	92,78	<b>92,07</b>	80,35	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020
<b>IND0766</b> - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	-	-	<b>96,83</b>	85	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020 e comunque >=90%
<b>IND0767</b> - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	82,56	81,14	<b>81,1</b>	68,55	Da migliorare	Miglioramento con tendenziale allineamento al 90%
<b>IND0955</b> - Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,59	15,66	-	-	Dato 2022 non disponibile	Mantenimento /riduzione valori 2020 e comunque <= 15
<b>IND0289</b> - % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	47,95	48,05	<b>45,12</b>	46,79	Da migliorare	Miglioramento valori 2020

#### 4.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2022 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

### **Completamento del programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR nella Missione 6 dedicata alla Salute prevede, fra gli altri interventi, elevati investimenti per lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria; il documento elaborato da un gruppo di lavoro coordinato dall'AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN", insieme ai più recenti accordi nazionali e regionali, rappresentano il riferimento per l'identificazione delle principali traiettorie di sviluppo delle cure territoriali e per la ridefinizione dei livelli di governo ed erogazione dei principali interventi finalizzati a rafforzare la presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria. Di particolare rilievo, a tal fine, sono gli interventi previsti anche nella Missione 5, nella sezione relativa alla realizzazione delle infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore. Nelle more dei documenti tecnici, finalizzati alla declinazione territoriale del PNRR, l'Azienda Usl della Romagna ha sviluppato un programma di rafforzamento complessivo degli interventi territoriali in linea con gli obiettivi di mandato affidati da parte della Regione.

L'Ausl della Romagna, alla luce delle suddette indicazioni, ha programmato l'attivazione/potenziamento, per un finanziamento complessivo pari a €. 50.437.000 di:

- 24 Case della Comunità, che comprendono anche ampliamenti, ristrutturazioni o riqualificazioni delle sedi esistenti, inclusa quella di Rimini già finanziata ex art. 20;
- 11 nuove Centrali Operative Territoriali (COT) distribuite in modo da averne almeno una per Distretto;
- 7 OsCo distribuiti secondo il fabbisogno degli ambiti territoriali di riferimento.

Allo stato attuale le progettazioni sono nella fase definitiva e sono state aggiudicate le procedure sui lavori che si prevede partano entro il 2023 e si concludano con l'attivazione, come anticipa la Missione 6, entro il primo trimestre 2024 per le COT ed entro il primo trimestre 2026 per le CdC/OsCo (i valori potranno essere rimodulati in conseguenza dell'applicazione del nuovo prezzario regionale).

### **Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità**

Rispetto alla tematica della cronicità, si sottolinea che l'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della patologia cronica è presente in tutte le case della salute nei diversi ambiti ed opera in stretta connessione con i punti unici di coordinamento sociale e sanitario al fine di intercettare i pazienti fragili per predisporre la presa in carico.

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici, insieme allo sviluppo degli ambulatori della cronicità realizzati nel rispetto delle indicazioni regionali e dei relativi PDTA aziendali, sono stati

implementati ulteriori interventi volti a potenziare i servizi di telemedicina al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei percorsi da parte dei pazienti più disagiati.

Nel corso del 2022 è stato completato il progetto di implementazione della Telemedicina presso le Case della Comunità identificate nei vari ambiti territoriali (Cesena, Ravenna, Rimini e Forlì): al termine sono stati acquisiti in via definitiva i 90 kit di monitoraggio assegnati e utilizzati per altrettanti pazienti arruolati nell'anno 2022. Oltre alle Case della Comunità identificate in una prima fase di avvio della progettualità, sono state coinvolte 5 ulteriori Case della Comunità nei vari ambiti territoriali.

Per quanto concerne la progettualità di implementazione dell'infermiere di comunità, l'Azienda nel corso del 2022 ha avviato quattro realizzazioni-pilota in territori scelti per le caratteristiche distintive dei macro-bisogni della popolazione e per quelle intrinseche relative all'orografia ed alla distribuzione geografica dei residenti.

Per garantire un servizio di prossimità, la suddivisione del territorio si è realizzata attraverso la scomposizione in cellule attribuite all'infermiere di Famiglia o Comunità identificato. La fase di mappatura consegue alla ricognizione delle caratteristiche morfologiche del territorio, epidemiologiche, demografiche e alla presenza di servizi. Per ogni ambito di sperimentazione, infatti, è stata redatta una griglia dei servizi presenti in quel territorio e, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, è stato redatto un Profilo di Comunità di quel contesto.

Infine, si sono strutturati progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate: nello specifico, nel corso del 2022 è stata condotta l'analisi di fattibilità ed è stato avviato il progetto "SMART" a Forlimpopoli. Nel primo semestre del 2022 è stata completata infatti la ricognizione dei bisogni informativi con interviste strutturate ai MMG e gli altri operatori coinvolti nel percorso in modo trasversale tra IRST e AUSL della Romagna. Inoltre:

- è stato individuato come potenziale strumento di analisi dei casi e di registrazione dei briefing l'applicativo di Health Meeting;
- è stata analizzata la fattibilità dei sistemi informatici per l'erogazione della terapia farmacologica nella CdC da parte della farmaceutica aziendale, in raccordo con la farmaceutica IRST;
- sono stati selezionati potenziali pazienti da parte dell'Oncoematologia e condiviso il percorso di presa in carico fra MMG e Oncologo;
- sono stati infine selezionati due pazienti ai quali erogare la terapia orale con la collaborazione del farmacista counselor.

Accanto agli ambulatori attivati all'interno delle Case della Salute, allo scopo di garantire capillarità, prossimità ed equità delle cure su tutto il territorio, l'AUSL della Romagna riconosce il modello di NCP strutturato, caratterizzato dalla presenza di un ambulatorio infermieristico della cronicità dedicato alla presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare della cronicità e della fragilità per gli assistiti del NCP.



L'ambulatorio di NCP, il cui personale infermieristico è di norma messo a disposizione dal MMG del NCP, risponde ai medesimi protocolli, standard e indicatori degli ambulatori della cronicità delle Case della Salute. Il coordinatore organizzativo delle Case della Salute è il referente organizzativo anche degli ambulatori di NCP.

### **Sviluppo delle cure domiciliari**

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è una modalità assistenziale consolidata su tutto il territorio regionale. Tuttavia, per rispondere alle sempre crescenti necessità dei cittadini e per aumentare ulteriormente i livelli di qualità si è rivelato necessario procedere alla revisione del modello organizzativo e assistenziale individuato con la DGR 124/99 *"Criteri di riorganizzazione delle cure domiciliari"*, anche alla luce delle esperienze emergenziali da COVID-19.

A tal fine, è stato effettuato un Audit sulla procedura interna aziendale inerente alle modalità di accesso alle cure domiciliari per garantire un maggiore coinvolgimento dei diversi attivatori del percorso di presa in carico dei pazienti a domicilio.

Inoltre, per rendere il più possibile omogenei i modelli attualmente in atto nei diversi ambiti territoriali, è stata prevista una regia unica NuCot per garantire un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera, sia attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio, sia attraverso una gestione integrata e multi professionale delle dimissioni protette, anche per ridurre la frammentazione degli interventi.

In particolare, la revisione dei meccanismi operativi aziendali si è resa indispensabile anche alla luce delle nuove indicazioni preannunciate sul flusso nazionale SIAD

Infine, per garantire la presa in carico tempestiva dei pazienti segnalati in Dimissione Protetta in tutti gli ambiti territoriali, l'Azienda USL della Romagna, nel corso del 2022, ha effettuato un Audit NuCot con identificazione ed attivazione di un percorso di revisione e miglioramento della presa in carico.

### **Sviluppo della medicina di iniziativa.**

Nell'ambito dello sviluppo della medicina di iniziativa, insieme al potenziamento nelle Case della Salute degli ambulatori della cronicità e all'implementazione della telemedicina e del Telemonitoraggio al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei percorsi da parte dei pazienti più disagiati, l'Azienda ha investito sull'attivazione di attività di psicologia nelle Cure Primarie. Un primo progetto sperimentale è partito ad inizio 2020 (in concomitanza con la pandemia) nella Casa di Comunità di Russi.

Nel 2021-2022 il progetto si è poi esteso ad altre 14 Case della Comunità e precisamente:

- N. 3 sul territorio di Rimini: Morciano di Romagna, Santarcangelo e Bellaria;
- N. 3 sul territorio di Forlì/ Cesena: Forlimpopoli, Savignano e Mercato saraceno;
- N. 8 sul Territorio di Ravenna: Lido Adriano, San Pietro in Vincoli, Bagnacavallo, Russi, Marina di Ravenna, Cotignola, Brisighella e Castel Bolognese.

Sono i Medici di famiglia ad intercettare il bisogno fra i propri utenti e segnalarlo allo “psicologo di cure primarie” operante all’interno della Casa della Salute che provvederà a fissare direttamente gli appuntamenti per una prima consultazione orientata ad approfondire e conoscere le problematiche dell’utente. Questa prima consultazione, in circa il 40% dei casi, risponde da sola alle esigenze degli utenti. Qualora tuttavia sia necessario mettere in atto un intervento più specifico all’interno della Casa della Comunità lo psicologo potrà erogare interventi terapeutici brevi e focali o interventi psicoeducativi di piccolo gruppo o ancora, in accordo con il medico di famiglia, indirizzare e motivare la persona al servizio specialistico più appropriato al proprio bisogno, sia di tipo sanitario che sociale.

La scelta di introdurre il servizio risponde ad una richiesta diffusa di interventi psicologici. Si assiste da anni, infatti, a un significativo aumento del disagio, che coinvolge ampie fasce di popolazione. Il servizio è pensato per rispondere ad un disagio dell’adattamento di natura prevalentemente reattiva verso quei cittadini che vivono una condizione di sofferenza conseguente a eventi traumatici, lutti, a condizioni di malattia, disabilità o conflittualità o isolamento relazionale. Per le persone che hanno invece una storia caratterizzata da disturbi psichici più rilevanti il percorso rimane in capo al Servizio di Salute Mentale.

Nella Provincia di Ravenna, nel corso del 2022 hanno usufruito di questo percorso 216 utenti, per un totale di circa 1.200 colloqui, di cui il 73% di sesso femminile. Accanto al 25% di richiedenti giovani, fra i 18 ed i 35 anni, si trovano anche una ampia richiesta di interventi da parte di utenti con un’età maggiore di 50 anni (47%).

Le attività psicologiche di Cure Primarie si configurano non solo come interventi clinici ma per un approccio di Comunità che valorizzi l’inclusione sociale dei cittadini, la collaborazione con le altre figure professionali sanitarie, sociali e del volontariato, gli interventi di gruppo che favoriscano condizioni di benessere anche in rete con altri Servizi Specialistici.

### **Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche**

Nell’ambito dei progetti per l’innovazione dell’assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche l’Azienda, oltre a contribuire al processo di revisione dei programmi regionali su autismo, gravi disturbi di personalità, esordi psicotici e disturbi del comportamento alimentare, ha proceduto ad attivare in tutti i Centri di Salute Mentale percorsi dedicati alla tutela della salute fisica delle persone assistite e all’avvio della Cartella Unica Regionale Elettronica (CURE) in tutti i CSM e le NPIAS. A regime CURE includerà, in un solo applicativo regionale, le attività della Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria infanzia e adolescenza, Psicologia clinica e Servizi Tutela minori, con l’obiettivo di supportare la gestione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti, facilitare le integrazioni tra i professionisti, aumentare l’appropriatezza nella progettazione dei percorsi di cura individualizzati.

Rispetto ai programmi regionali, in Azienda lo stato di implementazione e sviluppo è il seguente:



- **DCA:** è stato recentemente pubblicato il PDTA aziendale e si sta lavorando ad una riorganizzazione per ridurre le liste di attesa per la UONPIA di Ravenna.
- **Gravi Disturbi di Personalità:** sono attivi interventi di primo livello e di secondo livello in tutti gli ambiti.
- **Autismo:** i programmi regionali sono stati applicati secondo le indicazioni. Per quanto concerne il PRIA si è operato in particolare sulla fase di passaggio minori/adulti attraverso il progetto Meraky.
- **Esordi Psicotici:** presenza in ogni ambito di personale dedicato che attiva prese in cura secondo linee di indirizzo Regionali.

### **Sviluppo della rete di cure palliative**

La Rete Locale Cure Palliative dell'Azienda USL della Romagna è stata istituita con Deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 19.03.2019.

All'interno di questa, in tutti e 4 gli ambiti, a garanzia del criterio di prossimità, sono presenti i due livelli domiciliari di erogazione delle cure palliative da parte dall'équipe delle *Unità di Cure Palliative Domiciliari* (UCPD) locale:

- assistenza domiciliare basica;
- assistenza domiciliare specialistica.

Inoltre, in ogni ambito, come da procedura aziendale 203 del 25 febbraio 2019, esiste un Punto Accesso alla RLCP gestito dall'Infermiere Case Manager (ICM) di RLCP. L'evoluzione organizzativa è quindi giunta alla sua pienezza, avendo tutti gli ambiti un ICM RLCP che gestisce le segnalazioni provenienti da ospedale, domicilio, IRCCS, CRA e Case di Riposo e invia i pazienti in tutti i NODI della rete (ambulatorio, hospice, UCPD).

### **Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi**

Il programma di attuazione delle farmacie dei servizi è proseguito coerentemente con le indicazioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 480 del 28 marzo 2022 avente ad oggetto *“Proroga al 31 dicembre 2022 del protocollo d’Intesa regionale di cui alla propria deliberazione n. 329/2019”*.

In particolare:

- sull'area dell'assistenza integrativa è stata consolidata la prescrizione informatizzata dei DM per diabete su Auxilium e l'erogazione di stomie e cateteri per incontinenti attraverso la rete delle farmacie convenzionate;
- è stata identificata una farmacia pilota di Ravenna per l'avvio della sperimentazione del servizio Punto Prelievi con richiesta di autorizzazione alla RER;
- sono stati effettuati corsi per Farmacisti Convenzionati in ogni ambito provinciale sulla tematica dell'appropriatezza prescrittiva;

- sul versante FARMACUP è stata estesa la gamma di prestazioni prenotabili in Farmacia e attivata la stampa referti;
- il totale delle farmacie attive con la funzione di rilascio dell'identità digitale al cittadino sono arrivate nel corso del 2022 al 72% del totale (vs target  $\geq 70\%$ ). Le farmacie non ancora attive sono state sollecitate a garantire l'adesione. La formazione è stata seguita da Lepida;
- il totale delle farmacie coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE è giunto al 77% del totale (vs target  $\geq 66\%$ ). A tal fine, l'Azienda ha inviato diverse note di sensibilizzazione alle farmacie convenzionate in cui è stata sottolineata l'importanza della farmacovigilanza e vaccinovigilanza e sono state fornite istruzioni per la registrazione al portale VIGIRETE. Inoltre, nel corso del 2022 si sono svolti diversi corsi formativi rivolti alle farmacie Convenzionate in cui i farmacisti sono stati sensibilizzati sul tema della Farmacovigilanza;
- è stata data piena applicazione alla lista unica regionale DPC con supporto alle farmacie Convenzionate per criticità relative alla chiusura delle ricette DEMA dei farmaci DPC su SAR.

### **Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico**

Nell'ambito del Percorso Nascita, al fine di garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo anche l'individuazione precoce delle donne a rischio di disagio psichico e psicosociale, l'Azienda già dal 2019 ha attiva la Procedura Aziendale PA 182 *"Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post natale"*, la cui diffusione e implementazione ha determinato la creazione di gruppi multidisciplinari finalizzati alla creazione di percorsi di assistenza in gravidanza e in puerperio personalizzati in base alle condizioni materne evidenziate. La procedura prevede una valutazione del benessere psico-sociale della donna durante il periodo della presa in carico per la gravidanza ma anche un percorso strutturato con i MMG i quali, osservando eventuali segni di disagio, possono richiedere una visita psicologia per sospetto disagio emozionale in gravidanza.

Per favorire la diffusione e la corretta applicazione della procedura sono state promosse azioni formative a livello aziendale.

L'individuazione precoce delle donne a rischio di disagio psichico e sociale è eseguita in tutti gli ambiti consultoriali e ospedalieri dell'Azienda, pertanto, l'attività è garantita nel 100% dei distretti aziendali. Il percorso prevede l'applicazione di una procedura aziendale e la creazione di equipe multidisciplinari che permettano la presentazione del caso al punto nascita con lo sviluppo di percorsi assistenziali personalizzati in base alla tipologia di rischio identificato

Nel 2022 sono ripresi i corsi di accompagnamento alla nascita in tutti i distretti, in ambito territoriale e/o ospedaliero. Sono stati, inoltre, promossi progetti che si svilupperanno nel 2023 finalizzati a favorire l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita di donne straniere.

Sul versante delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, il gruppo di lavoro aziendale ha definito una procedura orientata ad uniformare i percorsi in tutti gli ambiti, sia per la farmacologica sia per la chirurgica. L'estensione alla 63° giornata dell'IVG farmacologica è stata assicurata in tutti gli ambiti, con l'eccezione di Ravenna per problematiche connesse ad aspetti organizzativi.

Inoltre, nel corso del 2022 si sono predisposte tutte le attività propedeutiche per l'avvio della somministrazione dell'IVG farmacologica in setting ambulatoriale, sia in ospedale che presso i consultori. A febbraio 2023 è iniziata l'attività presso i consultori di Ravenna e Riccione.

Il ricorso alla IVG medica è notevolmente cresciuto, passando dal 70,7% del 2021 (624 IVG mediche su un totale di 883 IVG) al 79,5% del 2022 (682 IVG mediche su un totale di 858 IVG). Altro aspetto positivo è la riduzione del numero complessivo di interruzioni volontarie (858 vs 883, - 2,8%).

Infine, per quanto concerne il ricorso al taglio cesareo nella classe prima di Robson, nel 2022 l'Azienda riporta una percentuale pari al 6,2%. La variabilità nei punti nascita dell'Azienda è contenuta e sono stati messe in atto azioni di miglioramento in termini di formazione e discussione di casi per migliorare ulteriormente l'omogeneizzazione di tutti i punti nascita dell'Azienda.

Nel 2022, tuttavia, solo il punto nascita di Rimini è rientrato nell'obiettivo (3,45% vs target <6%). Le performance maggiormente critiche si riscontrano nelle sedi di Ravenna (2022: 10,3% vs 2021: 8,92%) e Faenza (2022: 10,47% vs 2021: 10,94%). I punti nascita di Cesena (2022: 6,12% vs 2021: 4,37%) e Forlì (2022: 7,27% vs 2021: 8,61%) si mantengono ai limiti del target che viene fissato annualmente al livello della media regionale dell'anno precedente.

### **Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti**

L'Azienda, al fine di supportare i caregivers di persone non autosufficienti ha già intrapreso e proseguirà nello sviluppo di azioni volte a:

- sostenere i caregiver come definito dalla DGR n. 2318/2019, con particolare attenzione ai caregiver di soggetti con disabilità e di persone con demenza e dando altresì piena attuazione al PDTA demenza;
- promuovere percorsi di formazione per rafforzare il lavoro integrato tra gli operatori dell'Ausl e gli operatori degli EE.LL. affinché il caregiver sia a pieno titolo coinvolto nei progetti delle persone in carico;
- accompagnare i caregivers nelle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio, che possono essere di sostegno all'assistenza ed alla cura, attraverso i servizi socio sanitari della rete territoriale.

Il finanziamento Caregiver Nazionale è stato costantemente monitorato circa l'andamento dei costi, con la predisposizione di un database dedicato nei quali sono stati registrati i costi liquidati precisandone l'impiego e aggiornando gli UdP di quanto speso rispetto al finanziamento assegnato, anche al fine di adempiere ai debiti informativi.

A livello informatico, i costi riferiti ai finanziamenti Caregiver vengono registrati in BCSD dedicate al fine di garantirne un monitoraggio distinto dai costi FRNA.

In ciascun Distretto si è provveduto, in collaborazione con Ufficio di Piano, Direttore di Distretto e DASS, alla programmazione delle azioni da realizzare a livello locale in un'ottica di un welfare di comunità che riconosce e sostiene i caregivers familiari valorizzando il ruolo dell'associazionismo e del volontariato.

Nell'anno 2022 le azioni e gli strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver, sono stati adottati in tutti gli Ambiti della Romagna.

Tali risorse sono state dedicate trasversalmente ai Distretti di ciascuna provincia, sulla base delle priorità evidenziate, realizzando:

- interventi di sollievo programmato al domicilio o di accoglienza temporanea in centro diurno o struttura residenziale;
- interventi di Assistenza Domiciliare integrata a seguito di assenza temporanea del caregiver/badante principale a causa di infortuni o malattie o interventi di dimissioni protette rivolti a persone anziane e disabili. Sono inoltre state dedicate risorse ad interventi di rimodulazione delle attività dei Centri Diurni per anziani, in co-progettazione con gli enti gestori, per garantire continuità di accesso in sicurezza agli utenti e alle loro famiglie.

Per l'Area Demenza:

- sono stati mantenuti ed implementati i supporti psicologici individuali in presenza presso gli ambulatori Aziendali (CDCD) e telefonici rivolti ai caregiver e familiari;
- è stata effettuata una co-progettazione fornendo anche supporto tecnico ed organizzativo alle iniziative promosse dalle Associazioni focalizzate sull'inclusione sociale rivolta a caregivers e ammalati, con incontri mensili di tipo informativo e di auto-mutuo aiuto sempre promossi dalle Associazioni;
- sono stati inoltre realizzati co-progettazione e supporto tecnico ed organizzativo alle iniziative promosse dalle Associazioni focalizzate sul sollievo ai caregiver con la realizzazione di interventi post diagnostici di gruppo rivolte alla persona con demenza;
- nell'ambito della coprogettazione con le associazioni Alzheimer del territorio nei Distretti di Rimini e Riccione è stato avviato un progetto pilota di supporto alle persone con demenza e ai loro caregiver a domicilio fondato su un approccio multimodale (stimolazione cognitiva, riattivazione motoria e mantenimento delle attività della vita quotidiana).

Nei servizi per Disabilità Intellettiva ed Autismo Adulti vengono svolti incontri di sostegno alla genitorialità per i familiari dei pazienti, sia individuali che in modalità diadica sulla base dei bisogni espressi e della somministrazione della Scheda Zarit.

Vengono inoltre svolti cicli di incontri di "parent training" basati sul criterio dell'omogeneità del livello di funzionalità dei figli assistiti. L'obiettivo è sia di psicoeducazione sia di dare uno spazio di confronto e condivisione tra pari.

Sono inoltre stati realizzati su tutto il territorio Aziendale per l'area Demenza:

- iniziative formative on-line caricate sul sito Aziendale e condivisi con le associazioni,
- consulenze con figure della rete dei servizi per supporto ai caregivers,
- corsi on-line di rilassamento e tecnica mindfulness per familiari,
- corsi in presenza di prevenzione-benessere rivolti a caregivers e cittadini,
- consulenze al caregiver su aspetti psico-comportamentali della persona con decadimento cognitivo.

**Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del programma regionale sul 'Dopo di noi' per l'assistenza alle persone con grave disabilità**

Nell'ambito della definizione della Programmazione 2022, in ciascun Distretto dell'Azienda USL della Romagna sono stati stanziati i finanziamenti previsti dalla Regione per il programma regionale "Durante e Dopo di noi" per interventi finalizzati a garantire assistenza, indipendenza e autonomia ai disabili gravi rimasti privi di sostegno, perché orfani o con genitori ormai anziani, quindi anch'essi non più autosufficienti, utilizzati per gli interventi di seguito elencati:

- percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche;
- programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile, ed, in tale contesto, tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative;
- in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare.

La programmazione e gestione unitaria delle risorse FRNA/FNA, in collaborazione con gli Enti Locali, è avvenuta con le consuete scadenze e condividendo le linee di indirizzo nel corso degli incontri di Coordinamento degli Uffici di Piano (UdP), che sono stati convocati periodicamente dall'Azienda anche ai fini dell'adempimento dei debiti informativi regionali, che sono stati puntualmente, correttamente ed interamente rendicontati.

A chiusura di esercizio 2022, come ogni anno, sono stati forniti agli UdP i dati di costo 2022 utili alla compilazione del quadro allargato inserito nel portale regionale CUP2000 FRNA.

Agli UdP vengono trasmessi i dati di costo, distinti per le diverse linee di finanziamento e tipologia di servizio, utili a garantire gli adempimenti previsti per FNA e Dopo di Noi nel sistema SIOSS, la cui dichiarazione viene controfirmata sia dal rappresentante dell'Ente Locale che da un rappresentante aziendale.

A livello contabile, per ciascun costo imputato sui finanziamenti Vita indipendente e Dopo di Noi, vengono create delle BCSD corrispondenti in modo da garantirne una traccia contabile informatizzata.

### 3.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'integrazione

Gli indicatori regionali di valutazione monitorati per quest'area riportano i seguenti elementi da migliorare, desunti sulla base di un'analisi storica in quanto nella maggior parte dei casi una valutazione sul 2020/2021 non è significativa visti gli enormi condizionamenti che l'attività ha subito dalla pandemia:

#### ***IND0829 - Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite - NSG***

L'indicatore, rientrante fra gli indicatori *core* del Nuovo Sistema di Garanzia, può essere dunque considerato come proxy del livello di attivazione del territorio nella presa in carico di questa casistica. Nel 2022 il tasso di ospedalizzazione in Romagna si è attestato a 123,71 ricoveri ogni 100.000 abitanti minorenni, in considerevole incremento rispetto a 67,91 del 2021 e sempre oltre la performance regionale pari a 94,33.

#### ***IND0856 - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti – NSG***

Anche questo indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia della capacità di intercettare i bisogni e della successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali per i ragazzi che manifestano problematiche psichiatriche e rientra, a sua volta, fra gli indicatori *core* del Nuovo Sistema di Garanzia. La performance raggiunta nel 2022 è in miglioramento rispetto all'anno precedente (154,14 vs 175,91), ma con un tasso decisamente superiore alla media regionale (135,47). L'analisi per distretto di residenza evidenzia le situazioni maggiormente problematiche sui distretti di Ravenna (223,81), Faenza (179,96) e Rubicone (178,08) che si posizionano su tassi superiori alla media aziendale.

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

La performance risulta decisamente al di sotto della media regionale (149,87 vs 184,02) ed anche in diminuzione rispetto al biennio precedente.



Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0828</b> - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG D03C	306,76	281,92	<b>314,81</b>	275,86	In linea con l'atteso	Miglioramento rispetto 2019 (397,49)
<b>IND0829</b> - Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG D04C	56	67,91	<b>123,71</b>	94,33	Da migliorare	Miglioramento rispetto 2019 (104,55)
<b>IND0866</b> - Tasso dimissioni protette in pazienti >=65 anni	29,06	31,39	<b>35,4</b>	29,4	In linea con l'atteso	Progressivo miglioramento
<b>IND0960</b> - Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	17,8	23,31	<b>19,19</b>	21,64	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0836</b> - % di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG D27C	6,63	7,41	<b>6,26</b>	6,43	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0856</b> - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - NSG D29C	95,24	175,91	<b>154,14</b>	135,47	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0783</b> - Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG D05C	34,32	34,81	<b>19,13</b>	22,23	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0280</b> - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti >= 75 anni	166,68	155,45	<b>149,87</b>	184,02	Da migliorare	Miglioramento valori 2020
<b>IND0862</b> - Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	9,45	8,91	<b>7,01</b>	10,82	In linea con l'atteso	Miglioramento valori 2019 (12,45)
<b>IND0859</b> - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG D22Z	83,06	87,41	<b>90,43</b>	100	In linea con l'atteso	Miglioramento valori 2020

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0837</b> - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG D30Z	46,6	50,7	<b>59</b>	56,6	In linea con l'atteso	Miglioramento con tendenziale allineamento al 50%
<b>IND0656</b> - % ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - NSG D32Z	24,23	24,97	<b>26,29</b>	26,82	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0902</b> - % IVG medica sul totale IVG	42,44	70,67	<b>79,49</b>	80,01	In linea con l'atteso	Progressivo incremento
<b>IND0542</b> - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	22,13	13,44	<b>16,67</b>	13,36	In linea con l'atteso	Progressiva riduzione
<b>IND0673</b> - % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8,02	8,46	<b>7,26</b>	8,07	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0860</b> - N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG D33Z	40,71	40,99	<b>41,55</b>	40,8	In linea con l'atteso	Mantenimento

#### 4.3. AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI

L'obiettivo strategico di quest'area fa riferimento a:

##### Qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati

Nella sottostante tabella degli indicatori regionali sulle performance di esito si può rilevare l'andamento 2022 vs 2021 vs 2020 dei principali interventi monitorati, con evidenza di quelli cui si è realizzato un miglioramento della performance e di quelli cui risulta necessario intervenire ulteriormente.

Poiché il servizio regionale per questi indicatori (a livello aziendale e regionale) riporta esclusivamente i dati non aggiustati, il primo aspetto che viene preso in considerazione per attivare gli strumenti di analisi disponibili è il calo di performance che nel 2022 ha riguardato soprattutto alcuni indicatori legati alla mortalità a 30 giorni a seguito di intervento.

L'Azienda USL della Romagna, sulla base delle maggiori criticità riscontrate fra gli indicatori rinvenibili da SivER, NSG, PNE, BERSAGLIO, Piano Performance, DM70 inerenti all'appropriatezza e sicurezza dei servizi erogati, opera con lo strumento dell'Audit Clinico al fine di individuare correttivi e miglioramenti volti ad incrementare le performance non adeguate.



In particolare:

**IND0275 - Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico**

L'indicatore presenta un valore aziendale peggiorato rispetto a quello del precedente periodo di analisi ed ancora non in linea col target regionale: 3,5 Romagna (15 decessi su 429 interventi del biennio 2021-2022 vs 1,73 RER). Si sottolinea che tali attività sono svolte in committenza presso il privato (Villa Maria Cecilia Hospital) e che nel piano di committenza è previsto un punto relativo al miglioramento.

**IND0393 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni**

Il valore aziendale presenta una performance tendenzialmente allineata alla media regionale (10,33 vs 10,02), tuttavia si riscontra un tasso di mortalità in aumento rispetto al periodo di analisi precedente (8,16).

**IND0395 - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni**

In Romagna la mortalità per il riacutizzarsi della BPCO riguardano il 12,11% dei casi e, seppur in diminuzione rispetto al periodo precedente (14,56%), si presenta maggiore del valore regionale (10,53%)

**IND0403 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio**

Le complicanze durante il parto e il puerperio riguardano il 2,11% dei parti cesarei effettuati e appare un dato in crescita sia rispetto al 2021 (1,79%) che soprattutto nei confronti della media regionale (1,38%).

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0389</b> - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,31	8,95	<b>6,92</b>	7,62	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0390</b> - Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	57,33	57,74	<b>56,62</b>	49,73	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0391</b> - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	13,08	13,32	<b>10,98</b>	11,86	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0275</b> - Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,46	3,37	<b>3,5</b>	1,73	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0276</b> - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	2,15	1,47	<b>1,07</b>	1,92	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0392</b> - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	2,13	1,89	<b>0,7</b>	1,25	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0393</b> - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10,74	8,16	<b>10,33</b>	10,02	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0394</b> - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,53	1,57	<b>1,54</b>	2,26	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0395</b> - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	14,3	14,56	<b>12,11</b>	10,53	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0396</b> - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	87,35	84,18	<b>89,58</b>	81,94	In linea con l'atteso	Mantenimento /incremento valori 2019 (94,29) e comunque >= 90%
<b>IND0398</b> - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG H03C	5,3	5,53	<b>4,46</b>	4,17	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0400</b> - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	4,12	3,89	<b>3,82</b>	4,4	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0401</b> - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,35	2,89	<b>2,94</b>	4,12	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0846</b> - % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG H17C	14,53	14,85	<b>15,45</b>	15,12	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0847</b> - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG H18C	14,51	15,17	<b>15,84</b>	16,48	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0402</b> - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,8	0,78	<b>0,79</b>	0,86	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0403</b> - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,53	1,79	<b>2,11</b>	1,38	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0404</b> - Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	2	<b>2</b>	2	In linea con l'atteso	Mantenimento valori 2020
<b>IND0845</b> - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - NSG H13C	80,08	85,81	<b>87,76</b>	73,15	In linea con l'atteso	Mantenimento /incremento valori 2020 e comunque >= 70%
<b>IND0399</b> - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,94	1,36	<b>0,79</b>	0,92	Indicatore in osservazione	Osservazione con effettuazione audit in caso di valori critici
<b>IND0867</b> - Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	2,63	2,42	<b>2,39</b>	3,14	In linea con l'atteso	Mantenimento /riduzione valori 2020 e comunque < 3

Il periodo di rilevazione di alcuni indicatori di esito è basato su un arco temporale pluriennale stante la bassa numerosità della casistica.

## 5. Dimensione delle performance dei processi interni

Di seguito il quadro sinottico che pone in relazione gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Ausl della Romagna (DGR n. 744/2020) con le Area di Performance relative alla dimensione dei processi interni e a seguire il resoconto dei principali interventi attuati nel 2022 e dei risultati conseguiti per ciascun obiettivo strategico individuato.

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Obiettivi di mandato	Area della produzione	Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio	Area dell'organizzazione	Area dell'anticorruzione e trasparenza
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.1. Riordino dell'Assistenza Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riordino dell'assistenza ospedaliera</li> <li>- Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza</li> <li>- Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva</li> <li>- Assistenza oncologica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicurezza delle cure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico</li> </ul>	
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.2. Consolidamento delle cure primarie, sviluppo delle case della salute, integrazione ospedale-territorio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale</li> </ul>	
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.3. Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzare e sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute previsti dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione</li> </ul>			

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Obiettivi di mandato	Area della produzione	Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio	Area dell'organizzazione	Area dell'anticorruzione e trasparenza
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.4. Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza perinatale</li> <li>- Appropriatezza farmaceutica</li> </ul>		
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.7. Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare il sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio, con particolare riferimento agli eventi epidemici</li> <li>- Armonizzare ed integrare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri</li> <li>- Integrare le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e rischio occupazionale;</li> <li>- Implementare le indicazioni nazionali e regionali emanate nell'ambito del Piano nazionale e regionale di Contrasto all'antibioticoresistenza</li> </ul>		

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Obiettivi di mandato	Area della produzione	Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio	Area dell'organizzazione	Area dell'anticorruzione e trasparenza
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>  1.9. Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzare un piano di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari, finalizzato anche alla prevenzione delle aggressioni;</li> <li>- Rafforzare i programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario, con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale, e garantire la piena applicazione della DGR n. 351/2018 in tema di "Rischio biologico in ambiente sanitario";</li> <li>- Sviluppare le attività per l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale.</li> </ul>		

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance				
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI				
Obiettivi di mandato	Area della produzione	Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio	Area dell'organizzazione	Area dell'anticorruzione e trasparenza
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale</li> <li>- Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</li> <li>- Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi</li> <li>- POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit</li> </ul>

### 5.1. AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE

#### Riordino dell'assistenza ospedaliera

L'Azienda Usl della Romagna nel corso del 2022 ha portato a compimento diversi sviluppi del Piano Strategico Aziendale, avviatosi nell'anno precedente, consistenti in una revisione degli assetti assistenziali e dipartimentali in linea con le indicazioni regionali.

Nell'ambito del più complessivo progetto di **riorganizzazione della rete chirurgica della Romagna**, con l'obiettivo primario di mantenere una costante attenzione al miglioramento continuo della qualità delle cure in un'ottica "Value-Based", è stato costituito dalla Direzione un tavolo di lavoro disciplinare allo scopo di disegnare una progressiva riorganizzazione di alcune attività di chirurgia generale con una visione sistemica e sinergica tra le varie sedi erogative in Romagna. Il progetto "Assetto Chirurgie 2.0" è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 104 del 29.03.2022.



In materia di ridefinizione delle funzioni ospedaliere di rilievo regionale e di evoluzione delle reti cliniche, l'Azienda oltre a garantire alla Regione il supporto per la definizione delle indicazioni di riassetto delle reti di rilievo regionale, a livello locale è stata data tempestiva attuazione alle indicazioni fornite dai gruppi di coordinamento, in particolare:

- nell'ambito della Rete Neuroscienze sono stati avviati i lavori per la traduzione a livello locale del PDTA per la *"Malattia di Parkinson"*, del PDTA *"demenza giovanile"* e del PDTA OSAS *"Apnee ostruttive del sonno"*;
- nell'ambito delle Reti patologie tempo dipendenti è stato adottato il PDTA *"gestione del paziente con ictus"* (deliberazione n. 92 del 22.03.2022);
- nell'ambito della Rete Cardiologica e chirurgica cardiovascolare, in linea con le indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI), è stata aggiornata, di concerto con Maria Cecilia Hospital, la procedura aziendale PA 197 *"Percorso del paziente da sottoporre a TAVI"* rev. 3 del 28.12.2021.

A seguire una breve sintesi sull'attività delle reti cliniche in Ausl Romagna:

### **Rete cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare**

La TAVI è metodica invasiva di trattamento della stenosi aortica severa sintomatica alternativa alla sostituzione valvolare aortica chirurgica per i soggetti di età superiore a 75 anni o per coloro di età inferiore che hanno rischio chirurgico giudicato troppo elevato (Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sulle Malattie Valvolari 2021). Nel 2022, l'iniziale applicazione delle Linee Guida ha portato anche nella nostra Regione, ed in particolare nella nostra Azienda USL Romagna, l'estensione dell'indicazione a TAVI a pazienti più giovani (75-80 anni) rispetto gli anni precedenti.

L'attività di TAVI in Ausl Romagna è iniziata nel 2019 in regime di Day-Service presso Maria Cecilia Hospital. Con l'acquisizione dell'expertise tecnico-organizzativa la numerosità delle procedure è aumentata, passando dai 40 pazienti trattati nel 2019 agli 86 del 2020, anno caratterizzato dall'interruzione degli interventi per 4 mesi a causa della pandemia.

Nel 2021 si è ripresa la regolare attività settimanale con 3 procedure per seduta; inoltre, durante l'anno sono state effettuate sedute aggiuntive straordinarie per fronteggiare le urgenze cliniche che si sono presentate. Nel 2022 il numero di TAVI rispetto al 2021 è ulteriormente aumentato del 10,2%.

Secondo il documento regionale il tempo di attesa per la TAVI deve essere contenuto all'interno di 60 giorni. Questo indicatore è stato scelto per il fatto che, trattandosi di pazienti con prognosi estremamente grave in assenza di trattamento (sopravvivenza di solo 50% a 2 anni dalla diagnosi), il numero di eventi (morte o ricovero per scompenso cardiaco) che si verificano durante il tempo di attesa deve essere il minore possibile. Nel 2022 il tempo mediano di attesa (calcolato come

differenza in giorni tra data di esecuzione della procedura e data di indicazione alla stessa, cioè data dell'Heart Team Romagna) è stato di 49 giorni; nel 40% dei casi è stato superato il limite di 60 giorni

### **Rete dei Centri di Senologia**

Il tumore al seno è responsabile del 29% dell'incidenza dei tumori maligni tra le donne e del 15% della relativa mortalità. Dalla metà degli anni '90 in Emilia-Romagna è attivo il programma di screening mammografico, rivolto a tutte le donne residenti/domiciliate dai 45 ai 74 anni. Per migliorare ulteriormente il percorso di screening e favorire tempestività nella diagnosi, l'erogazione di cure innovative e una presa in carico multidisciplinare ed altamente specializzata, la Regione ha attivato su tutto il territorio una rete di 12 Centri di senologia per la prevenzione e la cura del carcinoma mammario. In Romagna, dove risiedono oltre 575.000 donne e vengono effettuati circa 1.300 interventi di carcinoma della mammella l'anno, in coerenza con il Piano di Riordino Ospedaliero dell'Azienda USL della Romagna e con la delibera regionale di riorganizzazione dei Centri di Senologia, sono stati istituiti 3 Centri di Senologia nei presidi ospedalieri di Forlì, Santarcangelo di Romagna e Ravenna.

#### **% interventi in centri <150 casi/anno – Target: 0**

Tutti i tre Centri attivi in Romagna superano la casistica di 150 interventi anno. In Romagna la % di interventi in reparti sopra soglia si attesta al 99,31% (Fonte: InSIDER), essendoci stata la necessità di realizzare 9 interventi su 1.307 presso altri reparti.

#### **% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico. Target >= 80%**

La percentuale di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico nel 2022 si è attestata all'87,3% [Rendicontazione aziendale].

#### **% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico. Target >= 90%**

La percentuale di pazienti che iniziano un trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico nel 2022 è stata del 100% [Rendicontazione aziendale].

#### **% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico. Target >= 90%**

La percentuale di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico nel 2022 è stata del 93,04% [Rendicontazione aziendale].

### **Rete per la terapia del dolore**

L'azienda, nell'ambito della terapia del dolore, ha provveduto a:

- formalizzare il PDTA per la presa in carico dei pazienti con dolore cronico;
- definire i criteri condivisi ed uniformi per l'eleggibilità e l'accesso alla terapia del dolore con agopuntura in tutti gli ambiti territoriali, in base a quanto previsto dall'OMNCER con delibera 2014 del documento GPG/2014/721, rispetto a:
  - ✓ Dolore ricorrente o cronico muscolo scheletrico lombare
  - ✓ Profilassi della cefalea muscolo tensiva
  - ✓ Profilassi della cefalea emicranica

- Definire ed avviare il percorso per l'accesso condiviso ed omogeneo dei professionisti individuati per metodica di impianto dei neurostimolatori midollari tramite:
  - ✓ attivazione del percorso di omogeneizzazione e selezione del paziente candidato ad impianto di SCS presso centro Hub
  - ✓ definire le modalità di invio e presa in carico per la fase di selezione ed arruolamento presso l'ambulatorio ad alta complessità collocato all'ospedale di Ravenna
- istituire il *"Programma Contrasto Del Dolore Acuto e Cronico"* che prevede, tra l'altro, la creazione di un **CPS/Chronic Pain Service**, servizio integrato ed afferente alla UO di Terapia Antalgica Romagna costituita da un'equipe medico/infermieristica, presente in ogni ambito, che, basandosi sul modello delle reti cliniche integrate, rappresenti un'interfaccia di collegamento tra l'ospedale e il territorio per la cura e la gestione della cronicità.

Sarà compito della Rete, nell'ambito del Programma Dolore Acuto e Cronico, giungere alla piena applicabilità di quanto previsto dalle indicazioni regionali per il trattamento **farmacologico e interventistico del dolore cronico** da parte del gruppo di lavoro regionale (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688/2017).

**% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025). Target  $\geq 95\%$**

In Romagna la percentuale di ricoveri con almeno una rilevazione del dolore nel corso del 2022 si è attestata al 86,1% a fronte di un dato regionale del 93,3%. Presso gli ospedali di Forlì, Cesena, Rimini, Cattolica e Novafeltria si riscontrano le performance più negative, con valori inferiori all'85% [Fonte: SiVER].

**Attuazione delle Indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico. Target 100%**

Per quanto attiene all'applicazione delle *"Indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico"* emanate il 26.07.2021 inerenti la terapia farmacologica, le terapie infiltrative e le tecniche interventistiche nel trattamento del dolore cronico, tale documento rientra nell'ambito del Progetto istitutivo della Rete Terapia Antalgica della Romagna.

**Reti per le patologie tempo-dipendenti**

In relazione alle reti tempo-dipendenti alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, l'AUSL della Romagna garantisce qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

**Area cardiovascolare**

In Ausl Romagna i centri che effettuano PTCA primarie sono stati individuati presso gli ospedali di Ravenna, Forlì, Rimini. Nell'ambito di Forlì e Cesena è presente un team unico di emodinamica che opera sulle due sedi ospedaliere, mantenendo l'urgenza presso l'ospedale di Forlì. Nella sede di Cesena la risposta in urgenza è garantita per alcune tipologie di casi: pazienti afferenti al Trauma Center con IMA, pazienti sottoposti a ECLS, valutazioni di diagnostica angiografica richieste dal protocollo per la donazione di organi, pazienti con IMA nel corso di un ricovero ospedaliero.

**Volumi IMA per struttura – Target:  $\geq 100$  casi/anno**

Tutti gli stabilimenti hanno superato il valore soglia di 100 interventi all'anno per infarto miocardico acuto, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 99,66% nel 2022 per 7 casi effettuati negli ospedali di Santarcangelo (4), Novafeltria (1), Cesenatico (1) e Bagno di Romagna (1) [Fonte: InSiDER].

**Volumi PCTA – Target:  $\geq 250$ /anno**

La rilevazione annuale evidenzia che in tutti gli ospedali si rispettano i volumi previsti dal DM70 di almeno 250 interventi all'anno di Angioplastica Coronarica Percutanea, con l'eccezione di Cesena che resta sotto soglia con 121 interventi, in quanto l'urgenza è garantita solo per le tipologie pazienti indicati in premessa. La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 95,81% [Fonte: InSiDER].

**Volumi PTCA primarie – Target:  $\geq 75$**

La rilevazione annuale evidenzia che anche per l'Angioplastica Coronarica Percutanea primaria per IMA-STEMI si rispettano in tutti gli ospedali i volumi previsti dal DM70 di almeno 75 interventi all'anno, con l'eccezione di Cesena (10 interventi). La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 98,64% [Fonte: InSiDER].

**Trauma Center**

Il numero di traumi maggiori occorsi in Romagna è stato, nel 2022, pari a 1.580: 406 codici 3 (gravi) e 1.174 codici 2 (medio gravi). La centralizzazione è stata pari all'88% (357) per i codici 3 e 68% (798) per i codici 2. Nel 2021 la centralizzazione era stata del 53%. [Fonte: Rilevazione aziendale]

**Rete Ictus**

Per lo sviluppo del progetto stroke sono stati identificati un responsabile organizzativo e un responsabile clinico e costituito un tavolo di lavoro che ha pubblicato ad ottobre 2021 la PA 263 *"Indicazioni per la gestione dell'ictus ischemico in fase iperacuta presso i presidi ospedalieri dell'AUSL della Romagna"*.

E' stato inoltre discusso e prodotto un PDTA che è stato formalmente adottato ad inizio 2022: il documento si riferisce al percorso assistenziale integrato (clinico-terapeutico-assistenziale e riabilitativo) del paziente con ictus sia nella fase acuta che nella fase degli esiti, declinato nella fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.

Gli indicatori di centralizzazione primaria, trombolisi endovenosa, procedure intra-arteriose risultano ben superiori al target atteso.

La centralizzazione secondaria sul centro HUB di Cesena per l'esecuzione dei trattamenti endovascolari dei pazienti provenienti dai territori di Forlì, Rimini e Ravenna si è consolidata.

La percentuale dei casi di riabilitazione post ictus in reparto di Riabilitazione Intensiva cod 056 risulta in linea con gli anni precedenti. La riabilitazione dei pazienti con ictus viene effettuata anche nel regime estensivo nelle lungodegenze cod 60; tale tipologia di degenza è ben identificata all'interno dei posti letto di lungodegenza-post-acuti e dedicata ai pazienti provenienti dalla neurologia. Molto utilizzato è anche il percorso riabilitativo ambulatoriale e al domicilio del paziente in relazione alle necessità assistenziali.

**% di casi di ictus con centralizzazione primaria – Target:  $>82\%$**

Nel 2022 la percentuale di stroke con centralizzazione primaria in Romagna è al 84,23% [Fonte: InSiDER].

**% transiti in stroke unit – Target:  $>62\%$**

La percentuale di transiti in stroke unit nel 2022 in Romagna è al 66,67% [Fonte: InSiDER].

**% trombolisi e.v. – Target:  $>19\%$**

Nel 2022 la percentuale di trombolisi e.v. in Romagna è al 22,8%. [Fonte: InSiDER]

**N° casi di Ictus/Anno in Stroke Unit di 2° livello – Target  $\geq 500$**

Rispetto ai 500 transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello previsti annualmente, nel 2022 presso l'ospedale di Cesena sede di stroke unit di 2° livello ne sono stati trattati 321, ossia il 64,2% [Fonte: InSiDER].

### **Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva**

In seguito al D.L. 19 maggio 2020 n. 34, cosiddetto Rilancio, ove all'art. 2 il riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 dispone che le Regioni adottino un piano di riorganizzazione per rafforzare strutturalmente il SSN in ambito ospedaliero per fronteggiare emergenze pandemiche e in seguito alla Delibera di Giunta Regionale n. 869 del 17.07.2020, l'Azienda USL della Romagna ha programmato n. 21 interventi per posti letto di Terapia Intensiva, Terapia Semintensiva e adeguamenti del Pronto Soccorso negli ospedali principali dell'Azienda.

Tali interventi prevedevano l'incremento strutturale delle attività di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura.

Sintetizzando, la situazione attuale dei n. 21 interventi dell'Azienda USL della Romagna si espone quanto segue:

#### **Nr. 10 interventi completati nel 2021**

1. Ospedale di Cesena n. 6 PPLL di Terapia Intensiva: sono stati riattivati n. 6 PPLL di terapia intensiva nell'area dell'ex Terapia Intensiva Post Operatoria dismessa da alcuni anni. Si tratta di un'area open-space in grado di accogliere 5 PPLL oltre ad 1 ulteriore staffabile. Inoltre, si è provveduto all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
2. Ospedale di Cesena n. 17 PPLL di Terapia Semintensiva: i posti letto sono attivi da ottobre 2021 e anche per questo intervento è stato necessario l'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate. Si precisa che lo studio preliminare prevedeva di ubicare i posti letto all'interno del reparto di Chirurgia, mentre a seguito dell'andamento pandemico del COVID si è ritenuto di dividere i posti letto in differenti reparti:
  - ✓ n. 9 nel reparto di degenza ordinaria di Chirurgia Generale;
  - ✓ n. 8 nel reparto di degenza ordinaria di Medicina d'Urgenza.
3. Ospedale di Ravenna n.16 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento ha previsto la realizzazione di n. 4 PPLL in Medicina Interna e n. 12 PPLL nel reparto di pneumologia, che ha interessato la ristrutturazione completa del reparto anche a livello di impiantistica e dei gas medicali e ha necessitato l'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
4. Ospedale di Rimini opere propedeutiche alla realizzazione della Terapia Intensiva.
5. Ospedale di Rimini n. 18 PPLL di Terapia Intensiva.
6. Ospedale di Rimini n. 18 PPLL di Terapia Semintensiva.

I lavori presso l'ospedale di Rimini hanno interessato l'area grezza del 4° piano di circa 3.000 mq per la realizzazione delle Terapie Intensive e Semintensive relativi ai posti letto sopra riportati,

oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.

7. Ospedale di Cesena adeguamento del Pronto Soccorso: i lavori si sono limitati a riadattamenti per permettere l'utilizzo del PS durante la fase pandemica, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
8. Ospedale di Forlì adeguamento del Pronto Soccorso: i lavori hanno interessato alcuni locali annessi al PS, quali depositi ed uffici, per essere trasformati in ambulatori con accesso indipendente e alla separazione dei percorsi sporco e pulito, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
9. Ospedale di Riccione adeguamento del Pronto Soccorso: i lavori si sono limitati a piccoli interventi assimilabili a manutenzione ordinaria per permettere l'utilizzo del PS durante la fase pandemica, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
10. Ospedale di Novafeltria adeguamento del Pronto Soccorso: i lavori si sono limitati a riadattamenti per permettere l'utilizzo del PS durante la fase pandemica, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.

#### **Nr. 8 interventi completati nel 2022**

1. Ospedale di Faenza - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento ha portato all'adeguamento di n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva collocati presso la Medicina d'Urgenza con la creazione di un open-space e l'adeguamento edile, impiantistico e dei gas medicali, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate; i lavori sono stati terminati nel mese di febbraio 2022.
2. Ospedale di Faenza - Adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento ha previsto alcuni lavori interni di piccola entità già terminati da tempo e l'installazione di due pensiline in esterno.
3. Ospedale di Riccione - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento ha portato all'adeguamento edile ed impiantistico (il reparto era sprovvisto di impianto di ricambio d'aria) di n. 4 degenze singole per la realizzazione di n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva all'interno del reparto di Medicina d'Urgenza, oltre che alla risistemazione del reparto stesso e all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
4. Ospedale di Rimini - Adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento ha portato all'adeguamento degli spazi esistenti con la creazione di una nuova area OBI a n. 9 PPLL; la ristrutturazione ha interessato circa 200 mq con lavori sia edili che impiantistici, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
5. Ospedale di Forlì - n. 6 PPLL di Terapia Intensiva: a seguito della prima ondata pandemica sono stati realizzati n. 2 PPLL, mentre per gli altri n. 4 PPLL nel corso del 2021 sono stati iniziati i lavori propedeutici all'intervento ma l'evoluzione critica della pandemia non ha permesso di occupare le aree che si sono rese disponibili da primavera 2022.



6. Ospedale di Lugo - Ristrutturazione e adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento ha previsto oltre che la ristrutturazione dei locali esistenti anche un piccolo ampliamento per permettere così, nella redistribuzione degli spazi, la delocalizzazione della camera calda.
7. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva.
8. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Intensiva.

### **Nr. 3 interventi con realizzazione in corso**

1. Ospedale di Ravenna - Adeguamento e ampliamento del Pronto Soccorso: nel corso della seconda ondata pandemica sono emerse diverse criticità nel Pronto Soccorso di Ravenna, tali da rendere necessarie soluzioni di immediata realizzazione. Inoltre, in considerazione del fatto che le problematiche evidenziatesi in modo palese nella fase pandemica potessero essere riconducibili anche a criticità precedenti, si è provveduto ad avviare approfondimenti degli aspetti gestionali, organizzativi e strutturali. Gli interventi attuati nel breve periodo hanno rappresentato soluzioni compensative che non risultano però sufficienti per fornire risposte adeguate a lungo termine alle gravi criticità esposte. Tutto ciò ha portato a rivedere il progetto dell'ampliamento del Pronto Soccorso, prevedendo un ingrandimento di circa 800 mq, da realizzarsi mediante una nuova costruzione dove collocare l'area dell'alta/media complessità e l'area dell'OBI. Sono poi previste:
  - ✓ la riconversione dell'attuale camera calda di circa 500 mq da dedicare a due aree di attesa/triage separate per percorsi COVID e percorsi "puliti";
  - ✓ la modifica, essenzialmente impiantistica, dell'area di circa 400 mq ove attualmente sono collocati i codici gialli, al fine di prevedervi l'area da dedicare esclusivamente ai pazienti COVID, di ricavarvi due box isolati in prossimità dell'ingresso e di avere la possibilità di articolare in sub aree separabili impiantisticamente la restante parte;
  - ✓ la conseguente rivisitazione del layout delle restanti aree del PS dedicate alla bassa complessità e al fast track ortopedico per complessivi 1.400 mq;
  - ✓ la realizzazione di una nuova camera calda di circa 300 mq.

Questa rivisitazione della soluzione progettuale ha portato inevitabilmente ad uno slittamento dei tempi inizialmente previsti anche per la necessità di reperire le risorse economiche necessarie (Finanziamenti Regionale e Aziendali) oltre a quelle previste nel Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera. Al momento è in corso la progettazione esecutiva.

2. Ospedale di Ravenna - n. 8 PPLL di Terapia Intensiva: il Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera, approvato dalla Regione Emilia Romagna con DGR 869/2020, prevede infine di realizzare n. 8 PPLL di Terapia Intensiva staffabili, utilizzando, mediante un intervento di ristrutturazione, anche strutturale, l'area in disuso del vecchio reparto di rianimazione posto al piano del Pronto Soccorso, in un area dunque completamente distaccata e lontana dall'attuale Terapia Intensiva che già dalla prima ondata pandemica è stata messa a servizio del Pronto



Soccorso. Al momento è in fase di valutazione una nuova proposta progettuale che prevede l'ampliamento dell'attuale TI.

3. Ospedale di Forlì - n. 16 PPLL di Terapia Semintensiva: la strategia della Direzione Medica di Presidio è stata quella di consentire gli interventi nelle aree sanitarie in modo progressivo (un reparto alla volta) al fine di non essere impreparati in caso di evoluzione critica della pandemia relativamente alla necessità di spazi. Pertanto, le prime aree rese disponibili a giugno 2021 hanno permesso di realizzare n. 12 PPLL nel reparto di pneumologia, a seguire si andranno a realizzare i rimanenti n. 4 PPLL (aggiuntivi) in Medicina d'Urgenza

### **Assistenza oncologica**

In coerenza con l'obiettivo di mandato della Direzione Generale per assicurare la promozione dello sviluppo della rete clinico-assistenziale secondo il modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) in stretta collaborazione, per assistenza e ricerca, con IRCCS-IRST di Meldola, è stata portata a compimento l'elaborazione del progetto *"Comprehensive Cancer Care (& Research) Network della Romagna"* che si pone quale obiettivo specifico di individuare una forma di collaborazione tra AUSL e IRST IRCCS, orientata a massimizzare la performance del IRST IRCCS (misurata secondo gli indicatori ministeriali) e il valore (personale, tecnico, sociale e allocativo) prodotto dall'insieme delle risorse umane e materiali mobilitate nel contrasto e nel trattamento delle patologie oncologiche in ambito romagnolo, evitando modifiche giuridico-amministrative delle due aziende coinvolte. Inoltre, punta ad assicurare una forma di governance del CCCN condivisa e inclusiva, capace di mantenere gli ambiti di autonomia propri della natura delle aziende coinvolte e coerente con le linee della programmazione definite dalla Regione e dalla CTSS.

### **Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto**

L'efficiente utilizzo dei posti letto, volto a favorire un miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e il sovraffollamento in PS, è un obiettivo costantemente perseguito dall'Azienda che si è dotata di una struttura organizzativa uniforme e della Procedura Aziendale 145 *"Percorso dimissioni protette: attività del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio"* finalizzata proprio a favorire e garantire la gestione integrata e multiprofessionale delle dimissioni protette, l'utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture cerniera, la dimissibilità dei pazienti dall'ospedale per acuti ed il giusto accoglimento sul territorio.

Di seguito un'analisi dei principali indicatori di appropriatezza.

#### ***Indice Comparativo di Performance. Target: ICP compreso tra 0,9 e 1,26***

L'indice comparativo di performance, che permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale, vede l'Ausl della Romagna (pubblico e privato convenzionato) ottenere una buona performance, attestandosi a 0,98 [Rilevazione InsidER].

***Indicatore NSG H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti. Target: 140 per 1.000 abitanti***

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in Ausl Romagna nel 2022 si è attestato a 123,32, pertanto raggiungendo ampiamente l'obiettivo.

**Indicatore NSG H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario. Target: <0,15**

Nel 2022 in Romagna il rapporto DRG potenzialmente inappropriati vs appropriati si è attestato sul valore di 0,18 considerando il dato complessivo pubblico e privato desunto da InSIDER. Prendendo in analisi solamente l'attività dei presidi pubblici il rapporto scende a 0,15, quindi in linea con il target atteso e col risultato complessivo regionale che è pari a 0,16.

### Tassi di ospedalizzazione

Un importante indicatore per misurare la domanda di prestazioni ospedaliere fa riferimento al tasso di ospedalizzazione. Nel 2022 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso<sup>3</sup> della popolazione residente dell'AUSL della Romagna si presenta leggermente superiore al dato medio regionale (127,9 vs 124,0), ma comunque molto inferiore rispetto ai valori degli ultimi anni sino al 2019 (145,9 nel 2014; 144,4 nel 2015; 141,2 nel 2016; 138,4 nel 2017; 136,2 nel 2018; 136,2 nel 2019). Naturalmente nel 2020 e 2021 il tasso di ospedalizzazione, sia a livello regionale che aziendale, registrava valori minimi dovuti alla pandemia da Covid 19. Nel 2022, sia per quanto riguarda le strutture pubbliche che per quelle private, il tasso di ospedalizzazione risulta leggermente superiore rispetto alla media regionale (rispettivamente 103 AUSL vs 99,6 RER e 19,5 AUSL vs 16,5 RER), mentre risulta più basso rispetto alla media regionale il tasso di mobilità passiva extraregionale (5,3 AUSL vs 7,8 RER).

*Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2022 vs 2021 vs 2020 (Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale). Suddiviso per Ausl di residenza e Tipologia DRG*

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva ExtraRER			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
AUSL ROMAGNA	Anno 2020	34,0	55,8	89,8	11,9	7,0	19,0	3,7	2,8	6,4	49,6	65,6	115,2
	Anno 2021	39,4	58,0	97,4	13,6	6,5	20,2	2,7	1,9	4,5	55,7	66,4	122,1
	Anno 2022	42,9	60,1	103,0	13,4	6,1	19,5	3,3	2,1	5,3	59,6	68,3	127,9
REGIONE	Anno 2020	35,5	55,2	90,7	8,9	6,9	15,7	5,9	3,8	9,7	50,2	65,8	116,1
	Anno 2021	40,0	56,9	96,9	10,0	6,7	16,7	4,2	2,6	6,8	54,1	66,2	120,3
	Anno 2022	43,1	56,6	99,6	10,2	6,4	16,5	5,0	2,9	7,8	58,2	65,8	124,0

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani. Regime ordinario e day hospital. Reportistica Predefinita (Domanda). Dati aggiornati al 22.03.2023

Il tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza evidenzia, a fronte di un dato medio aziendale pari a 127,9, un valore massimo per i residenti del distretto di Ravenna (130,5), Forlì (129,8) e Rimini (129,3), tale dato si posiziona su valori molto superiori alla media regionale. Il valore minimo si

<sup>3</sup> Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (TOS), con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per genere e per età in cui i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (standard). La popolazione tipo utilizzata è quella italiana al 01/01/2012. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

registra per i residenti del distretto di Cesena – Valle Savio (120,1), inferiore rispetto alla media regionale. Naturalmente in tutti gli ambiti ed anche a livello regionale si registra un aumento dei tassi di ospedalizzazione, come già era avvenuto nel 2021 questo poiché, come detto sopra, in questi anni si erano registrati valori anomali dovuti al fermo delle attività causa Covid19.

*Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2022 vs 2021 (Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale). Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e Tipologia DRG*

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
DISTR. RAVENNA	Anno 2021	40,2	58,0	98,2	13,6	4,5	18,1	2,2	1,8	4,1	56,1	64,4	120,4
	Anno 2022	44,9	62,6	107,5	13,9	4,3	18,1	2,9	2,0	4,8	61,7	68,8	130,5
DISTR. LUGO	Anno 2021	40,3	59,4	99,8	12,4	3,9	16,3	1,7	1,0	2,7	54,4	64,4	118,8
	Anno 2022	45,5	63,3	108,8	12,1	3,9	16,0	2,3	1,3	3,5	59,9	68,5	128,3
DISTR. FAENZA	Anno 2021	41,4	59,8	101,2	12,6	2,6	15,1	1,9	1,7	3,6	55,9	64,1	120,0
	Anno 2022	47,4	61,2	108,6	12,7	2,4	15,1	2,4	1,7	4,1	62,5	65,3	127,8
DISTR. FORLÌ	Anno 2021	36,7	60,9	97,6	16,8	8,1	24,8	2,2	1,4	3,6	55,6	70,4	126,0
	Anno 2022	38,9	62,7	101,6	15,9	7,7	23,7	2,8	1,8	4,6	57,6	72,2	129,8
DISTR. CESENA -VALLE SAVIO	Anno 2021	35,5	48,5	84,0	14,3	11,4	25,6	3,1	2,2	5,3	52,9	62,1	115,0
	Anno 2022	38,7	50,2	88,9	14,3	11,3	25,6	3,6	1,9	5,5	56,7	63,4	120,1
DISTR. RUBICONE	Anno 2021	37,0	50,7	87,7	15,3	11,4	26,7	2,5	1,9	4,3	54,7	63,9	118,7
	Anno 2022	41,4	53,9	95,2	15,5	10,6	26,1	3,6	2,2	5,7	60,4	66,6	127,1
DISTR. RIMINI	Anno 2021	41,8	60,7	102,5	12,7	6,0	18,7	3,4	2,2	5,6	57,9	68,8	126,7
	Anno 2022	44,0	62,0	106,0	11,9	5,2	17,0	3,8	2,5	6,3	59,6	69,6	129,3
DISTR. RICCIONE	Anno 2021	41,9	61,4	103,3	10,6	5,5	16,2	4,0	2,5	6,5	56,6	69,4	126,0
	Anno 2022	44,4	59,1	103,6	10,7	5,4	16,1	4,6	2,9	7,5	59,7	67,5	127,2
AUSL ROMAGNA	Anno 2021	39,4	58,0	97,4	13,6	6,5	20,2	2,7	1,9	4,5	55,7	66,4	122,1
	Anno 2022	42,9	60,1	103,0	13,4	6,1	19,5	3,3	2,1	5,3	59,6	68,3	127,9

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani. Regime ordinario e day hospital.  
Reportistica Predefinita (Domanda). Dati aggiornati al 22.03.2023

Infine, l'analisi del tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero permette di rilevare come lo scarto del dato dell'Ausl della Romagna rispetto alla Regione sia riconducibile al solo regime di degenza ordinaria (103,8 AUSL vs 99,9 RER), entrambi in aumento rispetto al 2021. Il tasso di ospedalizzazione sul regime DH è il medesimo in AUSL e RER (24,1). Ulteriori considerazioni riguardano la variabilità intra-aziendale, per cui sul regime ordinario si va da un tasso di ospedalizzazione di 106,6 fra i residenti del Distretto di Forlì (al di sopra della media regionale) al 99,5 del Distretto di Cesena-Valle Savio, pari al livello regionale. È sempre nel distretto di Cesena-Valle Savio che si registra il minor tasso di ospedalizzazione per quanto riguarda il regime di DH (20,6), mentre il valore più alto si registra nell'ambito di Ravenna (26,6). Maggiori dettagli sono rinvenibili nella tabella sottostante.

*Tassi di ospedalizzazione standardizzati per mille ab. – anno 2022 vs 2021 (Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale) - Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero*

Distretto di residenza	Anno 2021			Anno 2022		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
DISTR. RAVENNA	94,8	25,6	120,4	103,9	26,6	130,5
DISTR. LUGO	96,2	22,6	118,8	104,4	23,9	128,3
DISTR. FAENZA	96,9	23,1	120,0	104,4	23,3	127,7
DISTR. FORLÌ	103,3	22,7	126,0	106,6	23,2	129,8
DISTR. CESENA-VALLE SAVIO	96,0	19,0	115,0	99,5	20,6	120,1
DISTR. RUBICONE	98,1	20,6	118,7	104,4	22,6	127,0
DISTR. RIMINI	101,9	24,8	126,7	103,2	26,1	129,3
DISTR. RICCIONE	104,5	21,5	126,0	104,1	23,1	127,2
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>99,2</b>	<b>22,9</b>	<b>122,1</b>	<b>103,8</b>	<b>24,1</b>	<b>127,9</b>
<b>REGIONE</b>	<b>98,0</b>	<b>22,3</b>	<b>120,3</b>	<b>99,9</b>	<b>24,1</b>	<b>124,0</b>

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna; esclusi Neonati Sani.  
Reportistica Predefinita (offerta e domanda). Dati aggiornati al 22.03.2023

### **Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute**

A seguito dell'approvazione del PRP 2021-2025, l'Azienda ha lavorato alla predisposizione di un documento descrittivo dell'organizzazione da adottare a livello locale per l'implementazione del PRP nel periodo 2022- 2025.

Nel corso del 2022, al fine di dare corso all'attuazione e monitoraggio a livello della AUSL Romagna del PRP 2021-2025, è stato avviato il percorso per la definizione della Governance strategica del piano, che ha portato all'approvazione del documento di Governance aziendale del PRP in occasione dello Staff di Direzione il 17 gennaio 2022. Sono stati definiti il Responsabile Aziendale del PRP, i referenti locali dei 10 programmi Predefiniti, dei 10 programmi Liberi e delle 4 Azioni trasversali. Successivamente all'insediamento della Cabina di Regia, avvenuto ad aprile 2022, hanno preso avvio a livello locale i lavori dei gruppi di coordinamento dei singoli programmi.

Contestualmente i Referenti delle Aree trasversali, con particolare riferimento a Equità, Comunicazione e Formazione, hanno avviato un percorso di supporto e affiancamento con realizzazione di azioni ed eventi specifici: es. Profilo di Equità in Epoca Perinatale, Evento formativo sulle Dipendenze in collaborazione con Ordine Regionale dei giornalisti. Per l'Area Intersettorialità è stata avviato il percorso per l'integrazione del PRP con quanto previsto dalla legge Regionale 19/2018 anche in relazione all'impiego degli specifici finanziamenti.

Sono stati realizzati percorsi formativi locali mirati allo sviluppo di competenze degli operatori della Sanità Pubblica, impiegati nell'implementazione dei PP01 Programmi Scuole che Promuovono Salute e PL20 Stili di Vita: dalla Promozione alla presa in carico.

Per i programmi a più elevata complessità (PL11, PL12, PP01 e PL20) e per i quali è richiesta maggiore interfaccia con gli stakeholder del territorio sono stati attivati tavoli di coordinamento allargato e specifici gruppi operativi di ambito.

Nell'ambito del PRP sono stati avviati i percorsi del Community Lab nell'area Infanzia e Adolescenza nei Distretti di Cesena, Rubicone e Forlì.

Per l'Area trasversale Comunicazione si è costituito un gruppo di coordinamento che sta predisponendo un piano di comunicazione specifico con implementazione a partire dal 2023 oltre all'aggiornamento della pagina WEB per l'area della Prevenzione.

### **Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria**

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-25 definisce i programmi di interesse regionale su cui devono essere orientati i finanziamenti della legge 19/2018, con le specifiche priorità definite annualmente dal Tavolo regionale multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione (art.6 comma 1 legge 19/2018).

In base quanto stabilito dall'art.10 dalla Legge 19/2018, all'AUSL Romagna sono stati assegnati specifici finanziamenti finalizzati allo sviluppo di Programmi regionali per la promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria (DGR1751/2019, DGR 1381/20, DGR1597/21, DGR 1504/22).

Nel secondo semestre del 2022 è stato avviato il percorso di strutturazione delle modalità organizzative per l'utilizzo di tali fondi. Nello specifico è stato costituito un tavolo aziendale di regia (Cabina di regia dei programmi di promozione della salute e di prevenzione) composto dal Direttore DSP con funzioni di coordinamento, dal Referente aziendale per l'attuazione del PRP, dai Direttori di Distretto e dal DASS, con il compito di definire le linee strategiche di attuazione dei programmi di promozione della salute e prevenzione e predisporre una proposta di riparto del finanziamento da sottoporre alla CSST.

Con Determina del Direttore Amministrativo del DSP n. 3840 del 22/12/2022, è stato approvato l'accordo operativo tra il Direttore del DSP e Direttori di Distretto, finalizzato all'utilizzo dei finanziamenti assegnati ed è stata stabilita la suddivisione delle somme erogate con ripartizione tra i Distretti della quota parte loro riservata.

Nello specifico la suddivisione prevede: il 28% da destinare all'acquisizione di personale del DSP per il supporto metodologico, organizzativo ed operativo delle attività nei diversi ambiti distrettuali; il 20% per azioni e interventi in partnership con le scuole, come previsto dalle DGR di assegnazione dei finanziamenti; il 4% per lo sviluppo di strumenti di comunicazione verso l'esterno tra cui la progettazione e la realizzazione di un piano di intervento sui principali canali social al fine di veicolare messaggi e appuntamenti; il 48% assegnati ai Distretti per sostenere i progetti elaborati dai Tavoli multisettoriali locali di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, suddivisi per ogni distretto in base ad una quota capitaria pari per ciascuna annualità di finanziamento.

Per l'anno 2022, l'AUSL della Romagna ha raggiunto gli indicatori previsti per il livello Locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24.01.2022.

## Sistemi informativi di sanità pubblica

L'Azienda garantisce il tempestivo e sistematico aggiornamento di tutti i flussi informativi di sanità pubblica al fine di migliorare lo scambio dei dati e collaborare allo sviluppo di un organico sistema epidemiologico coerente con il disegno regionale.

Si evidenzia che tutti i dati e i flussi attivati confluiscono sull'applicativo unico regionale in tempo reale.

Per quanto concerne il **registro regionale di mortalità**, la circolare regionale n. 7 del 2003 pone due end-point per l'aggiornamento dell'archivio delle cause di morte relativamente a ciascun anno in corso:

- 31 ottobre per i decessi avvenuti nel primo semestre;
- 31 marzo dell'anno successivo per il restante periodo.

Al 31 marzo 2022 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio relativo all'anno 2021.

Al 31 ottobre 2022 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio con i dati relativi al primo semestre 2022.

La completezza dell'archivio viene valutata dai referenti locali confrontando gli elenchi inviati dai Comuni (o i dati trasmessi automaticamente dalle anagrafi comunali all'AUSL - anagrafe assistite) con le schede ISTAT effettivamente pervenute e inserite in AIDAweb. Le informazioni mancanti vengono richieste ai Comuni di decesso.

Sono stati inoltre attivati incontri di formazione e aggiornamento del personale dedicato (AS/IP) con coinvolgimento di nuove unità. È stato promosso presso Medici ospedalieri e MMG il corso FAD predisposto dalla Rete dei Registri di mortalità della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con il Servizio Formazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, finalizzato alla corretta compilazione delle schede di decesso e conseguente miglioramento della certificazione delle cause di morte sul territorio.

## Programmi di screening per la prevenzione dei tumori

In relazione agli screening oncologici, è stata assicurata la corretta progressione degli inviti nella popolazione per tutti i tre programmi in ogni ambito territoriale dell'Ausl della Romagna, con una generalizzata e ottimale estensione degli inviti. Relativamente all'adesione, invece, se per lo screening mammografico tutti gli ambiti sono stabilmente sopra allo standard desiderabile, la situazione è più eterogenea negli altri percorsi. Per lo screening cervicale la valutazione è comunque positiva in quanto gli ambiti di Ravenna e Cesena si collocano ampiamente sopra lo standard desiderabile mentre Rimini e Forlì, pur non raggiungendo formalmente il valore soglia della desiderabilità, si situano poco al di sotto ma, comunque, ampiamente sopra il limite di accettabilità. Più critica la situazione dello screening del colon in cui il solo ambito di Ravenna si posiziona sopra lo standard di accettabilità relativamente all'adesione della popolazione al programma. Per far fronte alle criticità presenti negli altri tre ambiti è stato attivato un progetto aziendale di miglioramento coinvolgendo i Medici di Medicina Generale, che a settembre del 2022 hanno ricevuto la



comunicazione dei loro assistiti che non si erano presentati ad eseguire il test di screening (in tutti i tre programmi, con particolare riguardo al colon-retto). A febbraio 2023 si è poi proceduto al controllo per valutare l'apporto di ogni professionista nel reclutare le persone non rispondenti.

<b>Screening cervicale</b>		Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening cervicale	95-100%	99,0%	99,8%	99,0%	99,8%	99,4%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: $\geq 50\%$ Des.bile: $\geq 60\%$	66,6%	69,5%	58,6%	59,2%	65,5%
Garantire la refertazione dei pap test negativi entro i 28 gg	$\geq 85\%$	100%	100%	100%	100%	-
Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap –test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal pap test positivo alla colposcopia $\geq 90\%$ entro 60 giorni	$\geq 90\%$	99%	59%	100%	99%	-

Sullo screening cervicale, relativamente alla refertazione degli esami di primo livello, non si riscontrano criticità. L'unica performance sotto lo standard atteso è rappresentata dagli esami di secondo livello a Ravenna (59%), dovuta in larga parte alla perdurante carenza di personale dedicato.

<b>Screening mammografico</b>			Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard						
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening mammografico	95-100%	45-49	100%	99,9%	100%	98,7%	99,7%
		50-69	99,5%	100%	100%	99,9%	99,6%
		70-74	99,7%	100%	100%	99,8%	99,9%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: $\geq 60\%$ Des.bile: $\geq 70\%$	45-49	75,3%	75,3%	76,1%	76,5%	75,7%
		50-69	75,8%	78,2%	74,0%	78,4%	76,5%
		70-74	74,6%	79,4%	72,7%	77,0%	76,1%
Garantire la refertazione delle mammografie negative entro i 21 giorni	$\geq 85\%$	45-74	99%	84%	74%	72%	-
Garantire la presa in carico entro 60 giorni dei casi con mammografia positiva	$\geq 90\%$	45-74	51%	37%	39%	45%	-



La criticità relativa alla tempestiva presa in carico in caso di mammografia positiva per l'esecuzione dell'intervento chirurgico è dovuta, anche in questo contesto, alla carenza di organico medico che però dai primi mesi del 2023 è in via di risoluzione in tutti gli ambiti.

Ad ogni modo, analizzando i dati con un target più esteso, si evidenzia che oltre il 97% delle mammografie è refertato entro i 28 giorni ed oltre il 90% degli interventi viene eseguito entro i 90 giorni.

Si evidenziano anche gli ottimi dati riguardanti l'adesione al PDTA, con l'attività dei tre gruppi multidisciplinari afferenti ai relativi Centri di Senologia Aziendali riportati nella seguente tabella:

<b>ANNO 2022 - Meeting Multidisciplinare</b> (numero di interventi per Centro di Senologia e % casi "pre" e "post" discussi)				
Centro di Senologia	Forlì-Cesena	Ravenna	Rimini	Note
N. interventi	561	350	441	Dato provvisorio
Casi pre-chirurgici	98%	98%	97%	
Casi post-chirurgici	100%	100%	98%	

<b>Screening colon-rettale</b>		Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening colon retto	95-100%	98,7%	97,8%	96,7%	95,6%	97,3%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥50%  Des.bile: ≥60%	48,2%	58,8%	45,8%	45,5%	50,8%
Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal FOBT positivo alla data della colonscopia 30 giorni	≥ 90%	100%	87%	90%	100%	-

Oltre alle già segnalate criticità relative alla scarsa adesione della popolazione e alla necessità di un rilancio mediatico del programma colon-retto attraverso una campagna informativa ai cittadini e ai Medici di Medicina Generale da effettuarsi entro il 2023, non si segnalano situazioni particolarmente anomale nelle tempistiche di passaggio fra il primo e il secondo livello diagnostico. Il mancato raggiungimento del target sull'ambito di Ravenna è legato a problematiche organizzative in via di risoluzione (ritardo nell'apertura della seconda sala endoscopica a Lugo).

Va anche tenuto presente il contemporaneo numero di FOBT eseguiti fuori dal programma di screening, che presenta una relazione inversa rispetto all'adesione.

In conclusione, si rammenta che l'Azienda assicura i flussi informativi richiesti dalla Regione e dall'Osservatorio Nazionale Screening, nei tempi e nelle modalità previste, e collabora attivamente alla gestione dei registri tumori.

## **Programmi vaccinali**

### **VACCINAZIONI DEI MINORI**

Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, anche nel 2022 è stata regolarmente attuata la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target. Sospensioni e ritardi riscontrati in concomitanza con l'evoluzione della pandemia (che hanno riguardato prevalentemente le fasce dei richiami) sono stati adeguatamente monitorati e riprogrammati recuperando il gap nel più breve tempo possibile.

A seguito dell'introduzione dell'obbligo vaccinale in ambito pediatrico con la legge n. 119/2017, nel corso del 2018 e 2019 le coperture di tutte le dieci vaccinazioni divenute obbligatorie sono cresciute in ogni ambito aziendale, arrivando a valori prossimi al target del 95%. In particolare, la copertura per MPR (Morillo, Parotite, Rosolia) è passata in Romagna dal 88,4% del 2017 al 94,4% del 2019; mentre la copertura per Esavalente (pertosse, tetano, difterite, poliomielite, epatite virale B e infezioni da Haemophilus Influenzale di tipo B) si è attestata nel 2019 al 94,8% rispetto al 92,5% del 2017 [Fonte: Siver].

Nel corso del 2020, il trend di crescita delle percentuali di copertura iniziato nel 2017 ha riportato una leggera inversione, potenzialmente ricollegabile alle sospensioni e ai ritardi che si sono accumulati nel periodo del primo lockdown. Le coperture per Esavalente sono scese al 94% (con situazioni maggiormente critiche sui distretti del Rubicone e di Rimini che presentano valori rispettivamente del 87,8% e 90,2%). Le coperture per MPR hanno avuto invece un calo più accentuato, passando dal 94,4% al 91,7% (le situazioni più critiche sui distretti di Faenza, del Rubicone e di Rimini che presentano valori rispettivamente del 85,9%, 87,8% e 88,5%).

Nel 2021, con la ripresa a regime dell'attività di vaccinazione, la tendenza si è di nuovo invertita, con coperture per Esavalente risalite al 96,3% (con performance in obiettivo su tutti i distretti con la sola eccezione del distretto di Riccione fermatosi al 91,3%) e per MPR arrivate al 96,2% (con performance in obiettivo su tutti i distretti con la sola eccezione dei distretti di Riccione fermatosi al 92,3% e Rimini al 93,9%).

Nel 2022 il dato aziendale si mantiene oltre il target sia per le coperture per Esavalente (95,5%, con performance in obiettivo su tutti i distretti con la sola eccezione del distretto di Riccione fermatosi al 91%) sia per MPR (96,12%, anche in questo caso con il solo distretto di Riccione a non raggiungere l'obiettivo, attestandosi al 90%).

### **VACCINAZIONI ADULTI**

Nel corso del 2022 è stata mantenuta in tutta l'Azienda la campagna vaccinale contro il COVID-19/Sars-Cov2 sia presso le sedi vaccinali dedicate (Hub vaccinali) sia attraverso la vaccinazione domiciliare e la vaccinazione presso le strutture residenziali. Inoltre, sono state recuperate le

chiamate attive per la vaccinazione Herpes Zoster nei 65enni e per la vaccinazione HPV nelle 25enni: in marzo è stata attivata la campagna per l'Herpes Zoster con chiamata dei nati nel 1955, 1956 e 1957 attraverso sms e campagna informativa mentre in ottobre è stata avviata la campagna per la vaccinazione HPV con chiamata delle nate nel 1994, 1995, 1996 e 1997.

Nel corso del 2022 si è iniziato il percorso di integrazione delle vaccinazioni nei PPDTA aziendali, collaborazione che si completerà nel corso del 2023.

Per quanto riguarda la vaccinazione per la pertosse nelle donne in gravidanza, sono state complessivamente vaccinate 3.900 donne in Ausl Romagna nel corso del 2022.

### **Piani di sorveglianza e controllo delle malattie infettive**

L'Azienda USL ha assicurato, attraverso il DSP, il pieno rispetto dei programmi regionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e la gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo. In particolare:

- è stata garantita l'adesione al programma SMI e al sistema regionale ALERT nei tempi e nei modi richiesti, con inclusione delle nuove malattie e delle infezioni emergenti;
- ha assicurato il tempestivo invio dei flussi informativi già attivi per le malattie soggette a sorveglianza specifica. Quest'ultima attività viene realizzata in modo integrato con le UU.OO. Ospedaliere coinvolte e con il Laboratorio Analisi di riferimento, per assicurare il massimo controllo delle malattie socialmente rilevanti o che richiedono provvedimenti urgenti verso la collettività (TB, meningiti batteriche, MTA) e delle malattie trasmesse da vettori mediante l'applicazione delle linee guida regionali specifiche e dei protocolli locali

Complessivamente, nel corso del 2022 sono giunte alle UO Igiene e Sanità Pubblica dell'Ausl Romagna circa 2.500 segnalazioni di malattie infettive (escluse le infezioni da SarsCov2). I servizi hanno garantito l'esecuzione delle inchieste epidemiologiche e l'attivazione di misure di profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive, oltre all'implementazione dell'applicativo regionale SMI. Per le malattie per le quali è previsto, sono stati inviati i campioni ai Laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica o la tipizzazione dell'agente patogeno. In particolare, si sono registrate 64 arbovirosi di cui 48 associate a Toscana virus, 12 a West Nile virus e 4 Dengue.

Nel corso del 2022 si è sviluppata a livello internazionale un'epidemia di Monkeypox o vaiolo delle scimmie. In Ausl Romagna è stato attivato un ambulatorio vaccinale per l'erogazione della vaccinazione alle persone a rischio inviate dalle malattie infettive.

### **Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria**

Nell'ambito della sicurezza alimentare, l'Azienda ha garantito il raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato, le cui azioni sono state condotte anche nel 2022 secondo la programmazione prevista. Gli indicatori del Piano Regionale Integrato sono stati costantemente monitorati con cadenza trimestrale, raggiungendo gli obiettivi prefissati. In particolare, Al 31

dicembre 2022, tutti i 12 indicatori sentinella hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato. Nello specifico:

1. 1.c5) sono stati effettuati 200 test per TSE sui 200 bovini di età superiore ai 48 mesi morti;
2. 1.c9) sono stati sottoposti a controllo veterinario per biosicurezza 219 allevamenti avicoli pari al 33% di tutti gli allevamenti aperti;
3. TR7) tutti gli 11 fra canili e gattili sono stati ispezionati;
4. 3c3) il settore dell'alimentazione animale è stato controllato con 78 ispezioni su 78 strutture di produzione mangimistiche a controllo annuale, 121 su 195 a controllo biennale e 123 sui previsti 122 (10% del totale esistente) produttori primari allevatori;
5. 3c5) effettuati 316 campioni per verifiche analitiche previste dal Piano Nazionale Alimentazione Animale sui 316 assegnati dalla programmazione regionale;
6. 3c9) il benessere in allevamento è stato verificato nei 272 Allevamenti di suini, galline ovaiole, broiler, vitelli a carne bianca, vitelli in altre tipologie di allevamento e altre specie in accordo con le disposizioni previste dal piano 9 del PRI;
7. 2c3) sono state controllate 126 strutture di produzione di carni sezionate (71) e di carni macinate (55) pari al 100% dell'esistente;
8. 2c7) il settore della produzione e stagionatura dei prodotti a base di latte è stato ispezionato in tutti gli stabilimenti, pari a 59 unità locali;
9. 2c10) il Piano Regionale Alimenti è stato completamente svolto con 789 campioni prelevati sia in produzione che in fase di commercio al dettaglio;
10. 4c3) il settore del commercio degli alimenti è stato oggetto di 80 ispezioni su altrettante strutture di GDO su 309 esistenti al 31.12.2022, pari al 25 % atteso dal PRI;
11. 4c4) 31 laboratori di trasformazione di alimenti di origine non animale ispezionati su 62 attivi rappresentano il 50% di copertura ispettiva;
12. 4c10) per quanto riguarda il Piano Regionale Alimenti di origine non animale sono stati eseguiti 231 campionamenti sui 239 assegnati dalla Regione, pari al 96%.

Inoltre, nel corso del 2022 sono stati condotti tutti i controlli veterinari previsti dagli obiettivi regionali in materia di anagrafe zootecnica, farmacosorveglianza, residui di trattamenti e benessere in allevamento e in fase di macellazione.

### **Prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro**

Nel corso del 2022 le UO PSAL della Romagna hanno condotto attività di vigilanza e controllo nei settori più a rischio del territorio, quindi non solo in edilizia e agricoltura, settore quest'ultimo nel quale sono stati complessivamente effettuati 165 interventi (quindi oltre il target atteso dalla Regione di 155 interventi per la Romagna), bensì anche nelle attività portuali, peculiari del territorio, dove il livello di copertura ha quasi raggiunto i livelli pre-COVID (96 interventi, rispetto ai 100 del periodo pre-pandemico). L'attività ha interessato anche il rischio cancerogeno, biomeccanico e relativo allo stress lavoro correlato con, rispettivamente, 22, 38 e 18 interventi. Il contributo alla vigilanza della UO Sicurezza Impiantistica e Antinfortunistica con un approccio

tecnico-specialistico che rafforza gli interventi delle UO PSAL, è stato molto significativo, in particolare nel comparto costruzioni (256 cantieri ispezionati su 1.597 complessivamente controllati), per il raggiungimento del target atteso che si presentava di difficile conseguimento a causa dell'impennata delle notifiche preliminari di cantiere del 2021 (denominatore in forte aumento causa super-bonus 110%, sul quale si calcola lo specifico obiettivo di performance). L'attività di vigilanza è stata adeguatamente ripartita nei diversi ambiti territoriali dell'Azienda in base alle peculiarità del territorio.

### 5.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Produzione

Di seguito si riportano i risultati conseguiti nei diversi indicatori di questa dimensione in Ausl Romagna nel 2020, 2021, 2022 e confronto con il dato complessivo regionale 2022.

<b>Indicatore - Produzione Ospedale</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2022</b>	<b>Target atteso 2021-2023</b>
<b>IND0868</b> - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	89,04	89	<b>88,1</b>	77,85	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0869</b> - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	2,32	2,32	<b>2,48</b>	9,31	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0870</b> - Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	8,64	8,67	<b>9,42</b>	12,85	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0871</b> - Indice di case mix degenza ordinaria	1,02	1,01	<b>1,01</b>	-	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0872</b> - Indice comparativo di performance	1,02	0,99	<b>0,98</b>	-	In linea con l'atteso	Mantenimento/miglioramento

<b>Indicatore - Produzione Territorio</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2020</b>	<b>Target atteso 2022-2023</b>
<b>IND0953</b> - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	17,31	17,79	-	-	Dato 2022 non disponibile	Osservazione
<b>IND0225</b> - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	53,65	84,91	-	-	Dato 2022 non disponibile	Osservazione
<b>IND0226</b> - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	8,98	9,01	<b>9,02</b>	8,37	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0310</b> - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	54,17	56,14	<b>56,78</b>	58,18	In linea con l'atteso	Mantenimento /incremento valori

Indicatore - Produzione Territorio	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2020	Target atteso 2022-2023
<b>IND0661</b> - % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	46,66	56,39	<b>65,63</b>	59,18	In linea con l'atteso	Riallineamento ai valori 2019 (69,36)
<b>IND0662</b> - % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	20,23	22,67	<b>27,13</b>	25,49	Da migliorare	Riallineamento ai valori 2019 (38)
<b>IND0317</b> - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	6,98	6,65	<b>7,46</b>	8,39	In linea con l'atteso	Riallineamento ai valori 2019 (8,42) e comunque >7%
<b>IND0499</b> - Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,35	0,35	<b>0,36</b>	0,36	In linea con l'atteso	Mantenimento

Indicatore - Produzione Prevenzione	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2020	Target atteso 2021-2023
<b>IND0171</b> - Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	91,72	96,22	<b>96,15</b>	97,01	In linea con l'atteso	Miglioramento con tendenziale allineamento al 95%
<b>IND0172</b> - Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	67,43	61,8	<b>58,94</b>	61,97	Da migliorare	Miglioramento con tendenziale allineamento al 75%
<b>IND0175</b> - Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	86,18	89,56	<b>89,66</b>	93,22	Da migliorare	Miglioramento con tendenziale allineamento al 95%
<b>IND0177</b> - Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,05	96,27	<b>96,51</b>	97,26	In linea con l'atteso	Miglioramento con tendenziale allineamento al 95%
<b>IND0185</b> - % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	6,88	8,05	<b>8,76</b>	8,29	In linea con l'atteso	Target atteso in linea con obiettivo di programmazione regionale annuale



Indicatore - Produzione Prevenzione	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2020	Target atteso 2021-2023
<b>IND0187</b> - % cantieri ispezionati	10,64	13,46	<b>13,12</b>	14,44	In linea con l'atteso	Target atteso in linea con obiettivo di programmazione regionale annuale
<b>IND0761</b> - % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	70,37	74,5	<b>75,4</b>	71,33	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0762</b> - % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	61,04	63,62	<b>63,69</b>	65,27	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0763</b> - % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	48,85	48,78	<b>47,62</b>	53,16	Da migliorare	Miglioramento
<b>IND0850</b> - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	80,09	100	<b>92,66</b>	96,67	In linea con l'atteso	Target atteso in linea con obiettivo di programmazione regionale annuale
<b>IND0851</b> - Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	-	100	<b>100</b>	100	In linea con l'atteso	Target atteso in linea con obiettivo di programmazione regionale annuale

## 5.2. AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance riguardano:

### Sicurezza delle cure

Nell'ottica di un approccio sistemico alla gestione del rischio, la strategia aziendale prosegue nella promozione di interventi atti ad armonizzare le attività e le funzioni del rischio clinico per la



prevenzione degli eventi avversi, con funzioni che a diverso titolo intervengono su aspetti legati alla prevenzione e controllo del rischio.

La condizione di emergenza, vissuta con l'esperienza pandemica, ha reso chiara la necessità di un effettivo cambio di paradigma, di approccio alla gestione del rischio nelle aziende sanitarie, passando da un approccio di re-azione agli eventi accaduti, ad un approccio sistematicamente proattivo, capace di anticipare gli eventi" (Linee d'indirizzo RER per l'aggiornamento del Piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, in relazione all'epidemia Covid-19).

A tal proposito, molteplici attività realizzate nel 2022, sono state rimodulate, a garanzia del mantenimento di adeguati livelli di sicurezza. Anche gli obiettivi di gestione del rischio sono stati rivisitati così da promuovere l'applicazione degli strumenti di gestione del rischio anche in situazioni epidemiche in evoluzione.

Non dobbiamo dimenticare come la pandemia COVID-19, che ha colpito nei primi mesi del 2020 anche l'Ausl della Romagna, ha assorbito una parte enorme di risorse sia umane che materiali. Tale emergenza ha costretto l'Azienda a rivedere gran parte delle attività precedentemente programmate, nonché quelle consuetamente erogate fino dai primi mesi dell'anno. In questa nuova ottica, ci si è resi conto di quanto alcuni strumenti tipici di gestione del rischio possono essere utili alleati per rilevare situazioni pericolose (incident reporting e altri sistemi di segnalazione), per analizzare proattivamente processi/percorsi di cura (FMEA FMECA, metodi di analisi sistemica, Visite della sicurezza SWA, Osservazione diretta...) o retrospettivamente eventi significativi (Significant event audit, RCA, Simulazioni ecc..).

A tal proposito, nel 2022, si è approfittato di questa nuova visione per utilizzare adeguatamente:

- il sistema di segnalazione incident reporting con un focus su segnalazioni legate alla pandemia da Covid 19;
- il progetto ViSITARE in formula integrata con il Rischio Infettivo;
- i progetti di analisi proattiva dei rischi;
- le proposte formative innovative, utilizzando la tecnica delle simulazioni, così da rendere maggiormente efficace l'intervento formativo.

Molteplici sono state le azioni messe in campo nel 2022 che hanno visto coinvolte le strutture organizzative che a diverso titolo intervengono sul tema sicurezza delle Cure. In particolare, preme evidenziare il report 22 sulle segnalazioni di incident reporting e un progetto di analisi proattiva dei rischi con tecnica FMEA FMECA.

### FLUSSO INCIDENT REPORTING 2022

Le segnalazioni Incident Reporting pervenute nel 2022 in totale risultano essere 2.327 (il dato è in fase di verifica, pertanto potrebbe subire piccole variazioni) di cui n. 41 segnalazioni inerenti il percorso Covid 19 e il percorso vaccinale specifico. A seguito delle segnalazioni sono stati realizzati n. 130 analisi degli eventi tramite Significant Event Audit e Root Cause Analysis.

LA GESTIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO NEL PROCESSO DI GESTIONE DELLE TERAPIE ANTIBLASTICHE ATTRAVERSO L'APPLICAZIONE DELLA FMEA FMECA: CASE STUDY AUSL DELLA ROMAGNA IRST "DINO AMADORI" IRCCS

Nell'ambito del progetto IRST – AUSL della Romagna «*Centralized Compoundig Centre (CCC) per la farmacia oncologica e la radiofarmacia IRST*» è emersa l'esigenza di sviluppare l'analisi proattiva del rischio clinico nell'ambito del processo di gestione delle terapie antiblastiche in merito alle fasi di allestimento, distribuzione e somministrazione farmaci antiblastici e terapie ancillari, con il coinvolgimento di strutture IRST ed AUSL della Romagna prioritariamente identificate, quali la Farmacia Oncologica, UO e Day Hospital Oncologico, Direzione Sanitaria, Direzione Infermieristica, Area Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure, Qualità, Sistemi Informativi, coinvolgendo personale medico, infermieristico, tecnico e della farmacia.

L'obiettivo prioritario era di mappare i principali rischi nell'ambito del processo di gestione delle terapie antiblastiche con l'applicazione della Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e definire le azioni per la mitigazione dei rischi prioritari identificati.

L'applicazione della FMEA ha previsto 5 fasi, dall'identificazione dei processi critici prioritari, all'analisi per ciascuna attività identificata delle possibili criticità, alla definizione dell'attività a maggior rischio ed alla implementazione di un piano di contenimento per la riduzione del rischio clinico.

L'analisi ha portato all'identificazione ed attivazione di specifiche azioni di miglioramento tutt'ora in corso. La relazione completa del progetto è disponibile presso area Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio dell'Azienda USL Romagna.

PROGETTO OSSERVARE: OSSERVAZIONE DIRETTA DELL'APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECKLIST (SSCL) NELLE SALE OPERATORIE

Il progetto regionale atto a verificare l'appropriatezza di utilizzo della check list per la sicurezza in sala operatoria ha coinvolto tutte le sale operatorie dell'Ausl Romagna. Sono stati formati per le osservazioni dirette (percorso regionale) n. 8 osservatori (n.2 per ciascun ambito), rappresentati da professionisti esperti che operano quotidianamente in sala operatoria.

Nel corso del 2022 sono state effettuate 63 osservazioni (circa 15 per ciascun ambito) nelle sale operatorie di chirurgia generale, otorinolaringoiatria, urologia, ortopedia, ginecologia e chirurgia vascolare.

Nonostante sia ormai ampiamente diffuso un alto livello di performance relativo alla compilazione della check list, restano margini di miglioramento legati alla percezione dello strumento come appesantimento burocratico. Tali elementi potrebbero essere anche collegati all'incremento di attività chirurgica post-pandemia ed al turnover di personale.

A seguito dell'implementazione della Check List specifica per il taglio cesareo (SSCL-TC), in recepimento delle Buone Pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo (DGR 2050/2019) e all'attivazione del rispettivo flusso da gennaio 2022, il progetto Osservare è stato effettuato anche nelle 5 Sale Parto della Romagna per la SSCL Taglio Cesareo in elezione. Sono stati individuati e

formati 10 osservatori tra ostetriche, infermieri e medici che hanno effettuato 30 osservazioni nei punti nascita di Cesena, Faenza, Forlì, Ravenna e Rimini.

### FLUSSO SSCL

Prosegue il percorso di consolidamento del flusso SSCL collegato alla scheda di dimissione ospedaliera, grazie al Team multidisciplinare che vede coinvolti il Controllo di Gestione, i Sistemi Informatici, il Nucleo Sicurezza delle Cure, la DIT e le DMP. Tale percorso prevede anche l'adozione della Check list di Sala operatoria informatizzata su palmare ed integrata con SDO.

La copertura SDO su procedure AHRQ4 per il 2022 è pari al 98,1% (Fonte: datawarehouse aziendale). L'analisi per singolo presidio evidenzia che è stato raggiunto l'obiettivo presso tutti gli ospedali.

Il linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 per il 2022 è al 91,81%. (Fonte: datawarehouse aziendale).

Tuttavia, dall'analisi per singolo presidio, emerge come non tutti gli ospedali raggiungano il target. In particolare, i presidi di Ravenna e Forlì risultano lievemente sotto il target con un linkage rispettivamente del 83,62% e dell'86,14%. Si ricorda che tale dato è parziale, poiché l'elaborazione definitiva da parte della Regione avverrà entro il mese di maggio.

### PROGETTO VISITARE

Nel periodo Ottobre 2021 e Giugno 2022, è stato realizzato il progetto VisitaRE presso alcune Sale Operatorie dell'Ausl Romagna. Considerata la vastità del territorio romagnolo sono stati definiti e formati n. 4 Team in base al proprio ambito di appartenenza. Ciascun team è composto dai Referenti del Rischio delle sale operatorie, da un Referente di ambito del Rischio Clinico e del Rischio e da un componente della Direzione Medica e Infermieristica.

La scelta delle Sale Operatorie deriva dal bisogno di recuperare un confronto con i professionisti di tali contesti a seguito del blocco derivante dalla Pandemia Covid.

Sono state visitate le sale operatorie di Oculistica, Senologia e Ginecologia del presidio di Forlì; Centro Grandi Ustionati e Blocco Neurochirurgico del presidio di Cesena; Blocco Operatorio del presidio di Riccione; Blocco Operatorio del presidio di Lugo.

Le finalità delle visite hanno riguardato:

- la valutazione dell'aderenza a specifici items relativi alle buone pratiche per la sicurezza in sala operatoria;
- l'identificazione, insieme agli operatori, di eventuali criticità rilevate o percepite;
- l'identificazione, la condivisione e l'attuazione di azioni di miglioramento.

Le Buone Pratiche selezionate per le Visite sul rischio infettivo sono state:

- Antisepsi pre-operatoria del sito chirurgico;
- Antisepsi chirurgica mani e braccia (grado di adesione alla PA 21 "Misure di Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico")

Le azioni di miglioramento individuate:

- benchmarking sulle modalità formative degli operatori (corsi di Laurea, FSC, re-training) e condivisione di modalità strutturate e contenuti omogenei;
- approfondimenti sulle conoscenze e percezioni degli operatori (questionario);
- analisi sui prodotti antisettici utilizzati;
- attivazione di un sistema di auto-osservazioni sul campo (formazione e addestramento ad hoc) e di osservazioni esterne da parte di personale esperto sia sull'antisepsi delle mani che del campo operatorio

Le Buone Pratiche selezionate per le Visite sul rischio clinico sono state:

- Applicazione delle indicazioni relative al conteggio del materiale garzato, tagliente e strumentario chirurgico, nei momenti e nelle modalità previste, e alla tenuta della relativa documentazione (Grado di adesione alla *Raccomandazione Ministero della Salute n.2 - Documenti applicativi RER e Procedure di ambito*);
- Applicazione delle indicazioni relative all'uso della Check list per la sicurezza in Sala Operatoria, in particolare: corretta identificazione del paziente, sito, lato ed intervento chirurgico. (*WHO Guidelines for Safe Surgery.- Documento Ministero della Salute n.2 - Documenti applicativi RER e Procedure di ambito*);
- Percorso Perioperatorio. WHO Guidelines for Safe Surgery.

Le azioni di miglioramento individuate:

- Produzione e implementazione procedura aziendale «prevenzione della ritenzione di materiale all'interno del sito chirurgico» (In corso, termina a Ottobre 2023);
- Attivazione progetto simulazioni life skills (non technical skills) con scenari su utilizzo di SSCL e su situazioni critiche o di emergenza in sala operatoria (In atto percorso formativo dal 2022 al 2024);
- Realizzazione Procedura Aziendale "Identificazione del paziente, lato, Sito", aggiornata in base allo stato di avanzamento del processo di informatizzazione aziendale (Realizzata e implementata da gennaio 2023).

### PROGETTO SEGNALE

L'Azienda Usl della Romagna, rappresentata dalla Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure, dalla Medicina Legale e dall'URP, dal 2021 partecipa alle attività di costruzione, sperimentazione e implementazione della nuova piattaforma Segnale. Nel corso del 2022 l'Azienda, attraverso l'Area Rischio Clinico, ha collaborato alla costruzione del percorso informatizzato dei molteplici flussi coinvolti nel progetto: Incident Reporting, Farmaci, Dispositivi Medici, Medicina Trasfusionale, Near Miss Ostetrici, Violenza a danno di Operatore, Lesioni da Pressione, Cadute, Contenzione. Inoltre, è stata effettuata, in collaborazione con l'URP, la codifica delle strutture non eroganti da inserire nella mappatura di Segnale.

**Effettuazione di osservazioni dirette in sala operatoria (utilizzando l'App regionale OssERvare). Target: Almeno 50 osservazioni/anno.**

In azienda nel corso del 2022 sono state effettuate n. 63 osservazioni dirette in sala operatoria attraverso l'utilizzo dell'App regionale.

***Effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4. Target  $\geq 90\%$***

La copertura SDO su procedure AHRQ4 per il 2022 [Fonte: Rendicontazione aziendale] si è confermata pari al 98,1%. L'analisi per singolo presidio evidenzia che viene raggiunto l'obiettivo presso tutti gli ospedali.

***Effettuazione check list di sala operatoria: linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4. Target  $\geq 90\%$***

Il linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 per il 2022 è pari al 91,8% [Fonte: Rendicontazione aziendale] e raggiunge quindi il target atteso. Alcune criticità si osservavano nei presidi di Ravenna e Forlì che risultano lievemente sotto il target con un linkage rispettivamente del 83,62% e dell'86,14%.

***Effettuazione di visite per la sicurezza in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo. Target: Almeno due visite/anno.***

In azienda nel corso del 2022 sono state effettuate n. 7 visite per la sicurezza in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo.

***Partecipazione alle attività di sperimentazione e implementazione della nuova piattaforma SegnalER. Target: Sì.***

L'Azienda, nelle figure dell'Area Rischio Clinico, Medicina Legale e URP, ha partecipato attivamente al percorso in atto per l'attivazione della nuova piattaforma di segnalazione.

## **Assistenza perinatale**

Nell'ambito dell'assistenza perinatale, a garanzia del monitoraggio del livello di adesione e applicazione delle procedure in essere, dei risultati conseguiti rispetto agli indicatori di riferimento ed eventuale aggiornamento delle stesse, è stata attivata una cabina di regia multiprofessionale e polispecialistica coordinata dalla Direzione Sanitaria e Infermieristica (secondo progetto approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 15.04.21).

Nel corso del 2022:

- sono state applicate procedure aziendali finalizzate ad omogenizzare la gestione del travaglio a basso e alto rischio, promuovendo i percorsi di assistenza fisiologica, in autonomia ostetrica e quelli in cui è necessario un incremento della sorveglianza materno-fetale senza parallelamente aumentare interventismi inappropriati;
- sono state prodotte procedure finalizzate alla gestione di gravidanze patologiche (obesità, disordini ipertensivi) con la pubblicazione delle procedure relative alla gestione del diabete in gravidanza e alla gestione delle emergenze ostetriche;
- è stato definito ed attivato il Programma Aziendale "Percorso ostetrico tra ospedale e territorio", col mandato generale di presidiare le linee di attività di particolare rilevanza programmatico-organizzativa che devono garantire uniformità di approccio strategico e omogeneità di pratica/procedura su tutto il territorio aziendale. Inoltre, deve assicurare l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, o tecnico-professionali di supporto a questi, relativi ad aree "target" di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse.

Sul versante del controllo del dolore, le modalità di accesso sia a quello non farmacologico che a quello farmacologico sono ampiamente diffuse alla popolazione gravida, sia mediante la

distribuzione di note informative sia attraverso comunicazione nei percorsi di accompagnamento alla nascita. Entrambe le forme di controllo del dolore sono attuate nei punti nascita di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini.

La sicurezza in ambito ostetrico e neonatologico è garantita anche dalla realizzazione di discussione di casi clinici, esercitazioni pratiche e simulazioni. Sono presenti in AUSL Romagna 3 neonatologi certificati come formatori in simulazione ad alta fedeltà.

Nell'ambito del Percorso Nascita, al fine di garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio promuovendo anche l'individuazione precoce delle donne a rischio di disagio psichico e psicosociale, l'Azienda già dal 2019 ha attiva la Procedura Aziendale PA 182 *"Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post natale"*, la cui diffusione e implementazione ha determinato la creazione di gruppi multidisciplinari finalizzati alla creazione di percorsi di assistenza in gravidanza e in puerperio personalizzati in base alle condizioni materne evidenziate.

**Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: SDO): strutture con oltre 1.000 parti/anno <20%; strutture con meno 1.000 parti anno <15% - Indicatore NSG: H18C**

L'Azienda è in linea con il target in tutti i punti nascita aziendali, con l'eccezione del punto nascita di Faenza che nel 2022 riporta una percentuale di cesarei primari del 17,83% (46 su un totale di 258 parti), comunque entro il range del 20% considerato performance sufficiente dal sistema di valutazione NSG per le strutture che effettuano meno di 1.000 parti all'anno.

**Percentuale di parti cesarei nella prima classe di Robson: Target: <=6% (valore medio regionale 2021 - Fonte: banca dati CEDAP)**

I dati relativi alle classi di Robson nel 2022 evidenziano una percentuale aziendale pari al 6,2%. La variabilità nei punti nascita dell'Azienda è contenuta e sono stati messe in atto azioni di miglioramento in termini di formazione e discussione di casi per migliorare ulteriormente l'omogeneizzazione di tutti i punti nascita dell'Azienda.

Nel 2022 solo il punto nascita di Rimini è rientrato nell'obiettivo (3,45%). Le performance maggiormente critiche si riscontrano nelle sedi di Ravenna (2022: 10,3% vs 2021: 8,92%) e Faenza (2022: 10,47% vs 2021: 10,94%). I punti nascita di Cesena (2022: 6,12% vs 2021: 4,37%) e Forlì (2022: 7,27% vs 2021: 8,61%) si mantengono ai limiti del target che viene fissato annualmente al livello della media regionale dell'anno precedente.

## **Appropriatezza farmaceutica**

### **Ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale**

La percentuale di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza per la Romagna nel corso del 2022 è pari all'89,42% verso una media RER di 88,92%. Anche il consumo di farmaci equivalenti è più alto della media regionale (Romagna 39,74% vs RER 38,93%) [Fonte: Insider].

**Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti. Target: <=5652**

Nel corso del 2022 l'obiettivo risulta pienamente raggiunto, avendo riscontrato un consumo di antibiotici sentinella/traccianti ogni 1.000 abitanti pari a 4477,68 DDD (vs target < 5652; vs media RER = 4399,81) [Fonte: Insider].

**consumo territoriale PPI. Target: <= 49 DDD/1000 ab. Die**

Nel corso del 2022 l'obiettivo è in lieve scostamento rispetto al target assegnato all'Azienda, avendo riscontrato un consumo di PPI ogni 1.000 abitanti pari a 50,74 DDD (vs target < 49; vs media RER = 61,29). Il risultato rappresenta comunque la best performance in Regione [Fonte: Insider].



**consumo territoriale Omega 3. Target:  $\leq 2,5$  DDD/1000 ab. Die**

Nel corso del 2022 l'obiettivo è in lieve scostamento rispetto al target assegnato all'Azienda, avendo riscontrato un consumo di Omega 3 ogni 1.000 abitanti pari a 2,84 DDD (vs target  $< 2,5$ ; vs media RER = 3,74). Il risultato rappresenta comunque la terza miglior performance in Regione [Fonte: InsidER].

**consumo territoriale Vitamina D. Target:  $\leq 90$  DDD/1000 ab. Die**

Nel corso del 2022 l'obiettivo è in lieve scostamento rispetto al target assegnato all'Azienda, avendo riscontrato un consumo di Vitamina D ogni 1.000 abitanti pari a 93,59 DDD (vs target  $< 90$ ; vs media RER = 132,19). Il risultato rappresenta comunque la best performance in Regione [Fonte: InsidER].

**Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure**

Rispetto alle note AIFA introdotte a partire dall'anno 2020:

- nota 97, relativa alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV
- nota 99 per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO (LABA; LAMA; LABA/ICS; LABA/LAMA; LABA/LAMA/ICS)
- nota 100 riferita all'uso degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

L'Azienda ha realizzato 7 incontri formativi rivolti ai MMG, in plenaria e con singoli NCP, con la presenza del diabetologo sulla nota 100, mentre i temi sulle note 97 e 99 sono stati affrontati in occasione degli incontri con i singoli NCP, evidenziando le differenze di consumo tra ambiti territoriali e sui costi-opportunità.

**Appropriatezza d'uso degli antibiotici**

In relazione al monitoraggio dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, l'Azienda ha approntato una valutazione dell'appropriatezza delle richieste mediante scheda Aifa e provveduto alla pubblicazione sul portale aziendale di un report specifico per il monitoraggio degli antibiotici secondo la classificazione AWaRe, tra cui anche gli antibiotici "reserve", per ambito e disciplina di prescrizione.

**Antidiabetici**

In corso d'anno in Ausl della Romagna è stato realizzato un costante monitoraggio del consumo di questi farmaci, garantendo altresì un contestuale invio della reportistica prodotta alle unità operative interessate al fine di favorire l'analisi sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

**% di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a rispetto al totale dei pazienti che devono associare a metformina un secondo antidiabetico (orale o GLP-1a). Target  $\geq 40\%$**

La rilevazione 2022 evidenzia per la Romagna una percentuale di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a al 65,06% (vs target  $\geq 40\%$ ).

**% di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali. Target  $\geq 85\%$**

Nel corso del 2022 l'obiettivo risulta raggiunto avendo in azienda una percentuale di pazienti in trattamento con insuline basali meno costose pari all'89,16% (vs target  $\geq 85\%$  - Fonte: InsidER).



### Farmaci intravitreali anti VEGF

In corso d'anno è stato assicurato l'invio di specifica reportistica di monitoraggio alle unità operative interessate al fine di favorire l'analisi sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

**per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapposibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti. Target  $\geq 85\%$**

La rilevazione ai 9 mesi 2022 pone la Romagna all'82% di utilizzo del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti, rispetto ad una media regionale del 66%.

### Farmaci oncologici e oncoematologici

Relativamente a queste tipologie di farmaci il monitoraggio e l'analisi dei dati vengono effettuati in seno al Dipartimento Oncoematologico. I dati 2022 sul portale regionale Insider evidenziano che tutti gli indicatori risultano allineati al target assegnato.

### Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe

Nell'arco dell'anno si sono continuati ad effettuare monitoraggi periodici ed incontri mirati per analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi circa l'impiego dei biosimilari.

In sintesi, per l'anno 2022 si registrano le seguenti % di impiego dei biosimilari che evidenziano il pieno raggiungimento di tutti gli obiettivi [Fonte: Insider]:

<b>Indicatore</b> <b>Impiego del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</b>	<b>Valore atteso anno 2022</b>	<b>Risultato anno 2022</b>
<i>Epoetine</i>	$\geq 90\%$	97,39%
<i>Infliximab</i>	$\geq 90\%$	97,9%
<i>Etanercept</i>	$\geq 90\%$	92,15%
<i>Adalimumab</i>	$\geq 90\%$	93,18%
<i>Follitropina alfa</i>	$\geq 65\%$	82,95%
<i>Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico</i>	$\leq 20\%$	Trastuzumab (1,05%) Rituximab (0,0%)
<i>Bevacizumab</i>	$\geq 90\%$	100%
<i>Enoxaparina</i>	$\geq 90\%$	99,87%

### Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici

Nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) in Romagna l'impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità nei primi 9 mesi del 2022 riporta una percentuale del 69,44%, al di sotto del target atteso ( $\geq 75\%$ ) ma comunque con performance superiore alla media regionale del 66,42%.

### Farmaci Epatite C

**% di pazienti naive trattati con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti naive in trattamento con DAA. Target  $\geq 90\%$**

La percentuale di pazienti naive trattati con il farmaco meno costoso nella rilevazione ai 9 mesi è al 100%.

### Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, con particolare riferimento agli eventi epidemici

La direzione aziendale considera la sicurezza delle Cure una priorità nell'ottica di rispondere alle nuove esigenze e prospettive emerse in seguito all'epidemia Covid-19. Infatti, l'emergenza Coronavirus ha reso esplicita la necessità di un effettivo cambio di paradigma nella gestione del rischio nelle aziende sanitarie, passando da un approccio di re-azione agli eventi accaduti, ad un approccio sistematicamente proattivo, ossia capace di anticipare gli eventi.

Il 16 novembre 2021 è stato approvato dal Collegio di Direzione il *nuovo modello organizzativo per la sicurezza delle cure in Ausl Romagna*, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 206 del 21.06.2022. La parte innovativa è data dalla istituzione di n. 4 Nuclei Locali per la Sicurezza delle Cure rappresentativi sia della parte ospedaliera che territoriale nonché composta da tutte le figure che a diverso titolo intervengono sul tema sicurezza (Direzione Medica, Direzione Distretto, Direzione infermieristica, URP, Medicina Legale, Sistemi Informatici). Il nuovo modello, mira ad approfondire ulteriormente il tema della gestione del rischio e sicurezza delle cure anche in ambito territoriale. Questo richiede necessariamente una diversa prospettiva, non legata unicamente al setting assistenziale, ma ai percorsi di presa in carico del paziente cronico pluri-patologico che tenga conto:

- dell'evoluzione dei setting assistenziali caratterizzanti il territorio (ospedali di Comunità, le Case di comunità, l'assistenza domiciliare e le strutture sanitarie per anziani e per pazienti psichiatrici;
- dell'elemento cardine della sicurezza, quale è la continuità assistenziale, la digitalizzazione e la privacy.

Nello specifico riguardo all'azione ospedale territorio inerente agli eventi epidemici, l'Area rischio clinico e rischio infettivo hanno agito con continuità attraverso azioni combinate, in particolare si evidenziano i seguenti progetti, oltre alla gestione dell'epidemia Covid nel periodo topico del 2020-2021:

- Progetto Risk Assessment presso le Strutture Socio Sanitarie per valutare gli interventi realizzati per limitare la diffusione di cluster Covid, rilevare eventuali criticità su cui agire con specifiche azioni di miglioramento;
- Studio osservazionale dei cluster covid verificatisi nelle strutture ospedaliere aziendali al fine di rilevare le possibili modalità di trasmissione e le azioni di contenimento poste in essere ed eventuale adozione di ulteriori barriere di sicurezza per ridurre il contagio di pazienti e operatori; I risultati sono riportati nel documento allegato "Piano Programma gestione del rischio con particolare riferimento all'epidemia Covid.

Nel corso del 2021, in modalità integrata Rischio Clinico – Rischio Infettivo – Sicurezza dell'Operatore, è stata realizzata la Procedura Aziendale per la gestione dei Cluster Covid e si è proseguito con l'utilizzo di strumenti di gestione del rischio adattati alle problematiche emerse in fase epidemica, con particolare riferimento ai seguenti strumenti:

- Utilizzo dell'incident reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza di attività connesse alla gestione COVID-19;
- effettuazione di visite per la sicurezza/ safety walk around (modello regionale Vi.si.t.a.re), presso le sale operatorie dell'Azienda, in modalità integrata Rischio Clinico e Rischio Infettivo.
- osservazioni dirette sul campo, con particolare riferimento all'attività chirurgica (programma regionale OssERvare);
- analisi di processi potenzialmente a rischio nel contesto epidemia COVID-19. Nello specifico, particolare attenzione è stata posta al Piano Vaccinale antiCOVID-19. E' stata infatti effettuata l'analisi dei percorsi vaccinali per la prevenzione di incidenti / errori, utilizzando molteplici strumenti in base alle necessità emergenti (FMEA FMECA, VISITARE, analisi eventi significativi (SEA, RCA). I verbali e le relazioni sono disponibili presso Area Gestione del Rischio.

Infine, è proseguito l'utilizzo di strumenti di gestione del rischio adattati alle problematiche emerse in fase epidemica, con particolare riferimento ai seguenti strumenti:

- Utilizzo dell'incident reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza di attività connesse alla gestione COVID-19;

effettuazione di visite per la sicurezza/ safety walk around.

#### *Armonizzazione ed integrare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri*

Nel contesto dell'organizzazione aziendale per la sicurezza delle cure si inserisce anche l'attività di gestione dei sinistri. In Ausl Romagna, tale attività non è più focalizzata esclusivamente sulla gestione del singolo evento di danno in una mera accezione riparativa del danno stesso. Sono state infatti create le condizioni operative per cui l'istruttoria medico legale non abbia solo lo scopo di formulare valutazioni della condotta per addivenire ad un'equa trattazione del sinistro, ma anche di individuare dei fattori contribuenti alla genesi dell'evento di danno che integrano le fonti informative per l'individuazione dei rischi connessi all'attività sanitaria.

A tal fine è stata perseguita l'integrazione ed il consolidamento di un percorso condiviso e integrato delle funzioni di Rischio Clinico e Gestione dei Sinistri, come riportato nella PA 199 "*Gestione delle richieste di risarcimento danni a terzi conseguenti all'attività dell'Azienda Sanitaria rev. 0 del 25-01-2019*", per creare un percorso atto alla condivisione di eventuali sinistri caratterizzati da elementi utili per l'attuazione di azioni di miglioramento atte ad impedire che l'evento possa ripetersi in futuro nonché, all'individuazione di fattori contribuenti alla genesi dell'evento di danno che possono integrare le fonti informative per l'individuazione dei rischi connessi all'attività sanitaria.

L'integrazione è attuata anche nella gestione degli eventi sentinella, che vede coinvolta la Medicina Legale insieme al Risk Manager aziendale. (PA 04 "*Gestione degli eventi avversi e near miss nello svolgimento delle attività Clinico-Assistenziali*").

### Integrazione delle funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e medicina legale

Nel 2020 sono state definite le modalità di segnalazione di eventi sentinella a carattere infettivo ed inserite nella Procedura Aziendale PA 04 “Gestione degli eventi avversi e near miss nello svolgimento delle attività Clinico-Assistenziali”.

Nel 2021 e 2022 è stata effettuata l’analisi di eventi avversi correlate al rischio infettivo.

### Integrazione delle funzioni di rischio clinico e rischio occupazionale

Il risk manager è componente stabile del Gruppo di lavoro su violenza a danno di operatori. Inoltre, il percorso di segnalazione e gestione dei casi previsto in Ausl Romagna, quale adattamento locale delle Linee d’indirizzo regionali, prevede nei casi di particolare gravità l’analisi dell’evento congiunta e orientata alla riduzione del rischio di violenza.

### Antibiotico resistenza

Sono state implementate ed adottate le indicazioni Nazionali e Regionali rispetto al piano di contrasto dell’antibiotico resistenza e alla prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza. Le indicazioni sono state adattate a livello locale attraverso la realizzazione di Procedure Aziendali specifiche inerenti la prevenzione delle infezioni da Microrganismi resistenti agli antibiotici, alle infezioni del sito chirurgico e degli altri siti a maggior criticità. Sono stati raggiunti gli indicatori previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. Oltre a questi molteplici altri progetti sono in Corso o terminati (vedasi) relazione annuale allegata anche al Piano programma Sicurezza delle Cure.

### Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

Tenuto conto del complesso contesto organizzativo che caratterizza l’Ausl della Romagna, al fine di favorire le condizioni organizzative che facilitino il pieno adempimento degli obblighi normativi previsti in tema di sorveglianza sanitaria dei lavoratori dell’Azienda, sono state messe in atto azioni di sistema mirate a consolidare e rafforzare l’assetto organizzativo:

- istituzione, con deliberazione del D.G. n. 8 del 10.01.2022, della struttura complessa “UO Sorveglianza Sanitaria e promozione della salute dei lavoratori”;
- revisione composizione del gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare e individuazione del Responsabile del Programma di Prevenzione delle Violenze al fine di poter proseguire nel raggiungimento degli obiettivi declinati all'interno del Programma di prevenzione della Violenza da terzi degli operatori aziendali e richiamati nel Piano di Prevenzione della Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS).

Inoltre, i servizi di medicina occupazionale si sono impegnati a portare avanti gli obiettivi di promozione della salute del PRP e a dare piena attuazione alle indicazioni contenute nella DGR 351/2018 che ha approvato il documento “Rischio biologico e criteri per l'idoneità alla mansione

specifico dell'operatore sanitario", esteso alla prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale e delle Strutture Private Convenzionate.

In Azienda viene costantemente mantenuta elevata l'attenzione nei confronti delle malattie eme ed aero trasmesse in ambiente ospedaliero attraverso lo screening preventivo e periodico del personale. Lo stato di immunità/vaccinazione nei confronti di Morbillo, Parotite, Rosolia e Varicella è pari al 99% degli operatori sanitari dell'AUSL della Romagna dei reparti classificati ad alto rischio dalla Delibera Regionale succitata; lo stato di immunità/vaccinazione nei confronti dell'Epatite B è al 99,5% degli operatori sanitari dell'AUSL della Romagna esposti a questo rischio.

Per quanto riguarda il rischio tubercolosi, oltre allo screening in preventiva di tutti gli operatori sanitari e il controllo periodico degli operatori esposti al rischio TB, nell'ultimo trimestre del 2022, i MC hanno collaborato alla valutazione aziendale di aggiornamento del rischio TB, deliberata in dicembre 2022. Tale VDR TB ha previsto aggiornamento della sorveglianza sanitaria periodica in relazione a rischio TB nelle diverse U.O. E' inoltre permanente il monitoraggio da parte dei MC dei nuovi casi di operatori sanitari esposti a paziente fonte con TB contaminante in qualsiasi reparto/Unità Operativa ciò avvenga.

La sorveglianza sanitaria tiene conto della gradazione del rischio emersa dalla nuova valutazione.

In merito al rischio Sars Cov 2 viene mantenuto il controllo dei dati vaccinali e di guarigione della popolazione sanitaria aziendale all'interno della cartella sanitaria e di rischio dei lavoratori. I lavoratori possono accedere agli ambulatori dei medici competenti per effettuare le principali vaccinazioni correlate al rischio biologico, sia direttamente che in occasione delle visite mediche di sorveglianza ex art 41 c 2 DLgs 81/08.

Sulla promozione e l'offerta attiva delle vaccinazioni, l'attività dei Medici Competenti si è rivolta prioritariamente alla promozione della vaccinazione contro il Covid, sia in occasione delle 8.980 visite effettuate nel 2022 sia in occasione della partecipazione come docenti ai corsi di formazione per neo assunti, agli incontri con i lavoratori e gli RLS.

Oltre alla promozione sono state offerte attivamente le vaccinazioni per HBV, morbillo, parotite, rosolia, varicella ed antiinfluenzale negli ambulatori della UO SSPSL

***Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target  $\geq 40\%$ , o evidenza di un netto incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente***

L'analisi dei dati interni non ancora consolidati, evidenzia che la copertura vaccinale degli operatori sanitari AUSL Romagna nella campagna antinfluenzale anno 2022/2023 è stata pari al 36,8%, non raggiungendo il target atteso ma con un incremento di oltre 8 punti percentuali rispetto al periodo precedente (28,7%). Dal rilevamento sono esclusi i lavoratori non dipendenti prestanti opera in AUSL, quali specializzandi, tirocinanti, allievi delle professioni sanitarie.

***Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti: target =100***

Lo screening per la tubercolosi è stato effettuato sul 100% dei nuovi assunti.

***Promozione della vaccinazione antiCovid-19 per la tutela della salute degli operatori sanitari ai sensi della normativa nazionale e secondo eventuali indicazioni ministeriali: Copertura complessiva (vaccinati e guariti)  $>95\%$ .***

La copertura complessiva rispetto al Covid, considerando sia l'immunizzazione naturale (malattia contratta) sia la vaccinazione supera il 95% degli operatori sanitari.

### **Prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori**

Per quanto concerne gli specifici obiettivi in capo al Servizio di Prevenzione e Protezione si conferma l'effettuazione della revisione della Procedura PA95 *"Prevenzione e Gestione della violenza da terzi a danno degli operatori Aziendali"*, formalizzata in data 16.11.2022 in conformità alle linee di indirizzo regionali. In riferimento alla suddetta procedura, il Servizio di Prevenzione e Protezione effettua il monitoraggio costante delle segnalazioni da violenza verso operatori sanitari.

Per l'anno 2022 sono state registrate 456 segnalazioni, relative a 402 eventi. Tali eventi sono così suddivisi per ambito territoriale:

Cesena:	97
Forlì:	96
Ravenna:	130
Rimini:	79

Ogni evento viene poi classificato in relazione alla tipologia di violenza agita in relazione alla modalità attraverso la quale viene manifestata. In linea alla classificazione regionale possiamo quindi identificare violenze di tipo verbale, fisiche o legate alla proprietà.

Nello specifico dei dati sopra riportati, i 402 eventi possono essere così classificati:

36	implicano violenza verbale fisica e contro proprietà
65	violenza verbale e fisica
27	violenza verbale e contro la proprietà
1	violenza fisica e contro proprietà
18	sola violenza fisica
249	solo violenza verbale (di cui 23 aggressioni telefoniche e 5 molestie)
2	violenze contro proprietà
4	violenze derivanti da mail o contatti social.

#### **5.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico**

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori regionali di valutazione della Performance per Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico, che evidenziano valori critici (e quindi oggetto di interventi correttivi e/o di azioni di miglioramento) per:

##### ***IND0857 - Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente – NSG H04Z***

L'indicatore consente di valutare il volume dei ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità prevalentemente medico-diagnostiche e per tale motivo a rischio di inappropriatezza, perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale. Nel 2022 il tasso in Ausl Romagna si è attestato a 3,84, il più alto di tutta la Regione che riporta un dato medio pari a 2,28.



**IND0858 - Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG H07Z**

L'indicatore consente di valutare il volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e per tale motivo a rischio di inappropriately perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale. Nel 2022 il tasso in Ausl Romagna si è attestato a 38,41, il più alto, dopo l'Azienda di Parma, di tutta la Regione che riporta un dato medio pari a 26,53.

**IND0621 - Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici**

Il dato in Ausl Romagna è pari a 8,33 casi di sepsi post-operatoria ogni 1.000 dimessi chirurgici, in miglioramento rispetto al biennio precedente, ma ancora superiore al dato medio rinvenibile a livello regionale di 7.

**IND0506 - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni**

In Romagna sono il 5,7% gli anziani in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni, valore più alto della media regionale che raggiunge una performance pari a 4,41%.

**IND0864 - Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio**

L'indicatore rappresenta un proxy del governo della domanda e di appropriatezza prescrittiva. In Romagna, nel corso del 2022 risultano erogate 770,89 prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio ogni 1.000 residenti, rappresentando il valore più di tutta la Regione, la cui performance è pari a 721,98.

**IND0865 - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG D13C**

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari e può essere considerato una proxy della appropriatezza di utilizzo. In Romagna vengono erogate 80,34 prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti con più di 65 anni, dato superiore alla media regionale che si attesta a 75,03.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0843</b> - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG H04Z	0,16	0,17	<b>0,18</b>	0,16	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0857</b> - Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG H06Z	2,82	3,48	<b>3,84</b>	2,28	Da migliorare	Miglioramento



Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0858</b> - Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG H07Z	31,82	35,83	<b>38,41</b>	26,53	Da migliorare	Miglioramento
<b>IND0621</b> - Seps post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	11,46	10,05	<b>8,33</b>	7	Da migliorare	Monitoraggio nell'ambito del programma SPIAR
<b>IND0622</b> - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,61	4,34	<b>4,16</b>	3,75	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0505</b> - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	7,64	10,34	<b>11,93</b>	14,55	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0506</b> - % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	5,24	6,58	<b>5,7</b>	4,41	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0333</b> - % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	25,45	25,57	<b>25,4</b>	23,72	In linea con l'atteso	Miglioramento
<b>IND0343</b> - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	423,55	396,39	<b>652,53</b>	639,37	In linea con l'atteso	Miglioramento rispetto ai valori 2019 (862,55)
<b>IND0863</b> - Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	617,2	759,65	<b>814,67</b>	825,92	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0864</b> - Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	607,37	747,8	<b>770,89</b>	721,98	Indicatore in osservazione	Osservazione
<b>IND0865</b> - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG D13C	55,31	69,58	<b>80,34</b>	75,03	Indicatore in osservazione	Osservazione

### 5.3. AREA DI PERFORMANCE DELL'ORGANIZZAZIONE

In quest'Area gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance e le relative azioni messe in campo nel 2022 per il loro raggiungimento sono i seguenti:

### **Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico**

Il *Fascicolo Sanitario Elettronico*, individuato dalla Regione Emilia-Romagna come archivio della storia clinica del cittadino-utente, guida ed indirizza gli interventi aziendali di sviluppo dei sistemi informativi, al fine di implementarne la piena integrazione ed il costante adeguamento ai nuovi standard richiesti, quali ad esempio il formato dei referti CDA2 con firma digitale.

L'Azienda, oltre che l'adeguamento (già collaudato) di gran parte dei sistemi per l'invio della documentazione nelle nuove modalità CDA2 con firma, ha integrato nei principali sistemi di cartella clinica generalista e specialistica l'accesso al FSE, dando così modo al professionista di accedere alla documentazione del fascicolo e non solo a quella del dossier aziendale.

Inoltre l'Azienda, come richiesto all'art.11 del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia*", nel corso del 2022 ha proseguito nel lavoro di potenziare lo sviluppo e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico fra gli assistiti, considerato obiettivo strategico della c.d. sanità digitale e previsto dall'Agenda digitale italiana ed europea.

Compatibilmente con l'emergenza epidemiologica da COVID-19, sono andate avanti le attività di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE e della corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate. In particolare, per quest'ultimo punto sono in corso di realizzazione ulteriori aggiornamenti software al fine di garantire una piena integrazione dei dati relativi alle prescrizioni dematerializzate gestite sui sistemi dei privati accreditati ed i sistemi dell'AUSL della Romagna.

All'interno dei progetti PNRR di digitalizzazione dei DEA di I° e II° livello, sono stati previsti ulteriori adeguamenti dei sistemi informativi aziendali al fine di completare la produzione della documentazione sanitaria secondo le specifiche nazionali e fornire ai professionisti sanitari gli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

La comunicazione all'assistito della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di medicina generale da parte dell'Azienda avviene preventivamente tramite SMS informativo e, a seguire, sul FSE viene consegnato l'attestato relativo al nuovo MMG assegnato.

Le attività di adeguamento in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi sulla documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale (FSE 2.0) sono sviluppate in pieno accordo con il coordinamento Regionale, nel rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Di seguito l'analisi di alcuni indicatori di processo:

***Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE; Target: 60%***

Gli utenti che nel 2022 sono acceduti al FSE sono stati 517.473 su un totale di 604.433 cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato su FSE, ossia l'85%.

***Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati alla consultazione dei documenti del FSE tramite chiamata applicativa sul numero di operatori sanitari autorizzati. Target 40%***

All'interno dei progetti PNRR di digitalizzazione dei DEA di I° e II° livello è stata prevista una rivisitazione del repository dei dati clinici ed una sua completa integrazione con le funzioni di consultazione dei documenti su FSE allo scopo di rendere disponibile l'accesso a tutti gli operatori autorizzati. Ad oggi, l'accesso al portale FSE Professionisti è garantito solo ai medici di Continuità Assistenziale.

***Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 80%***

Rispetto al numero complessivo di FSE attivati per gli assistiti della AULS Romagna, il 60% ha espresso il consenso alla consultazione. Le farmacie territoriali sono state recentemente abilitate a recepire e registrare il consenso alla consultazione FSE al fine di garantire il loro accesso alle prescrizioni farmaceutiche e questo porterà sicuramente ad un incremento percentuale nel prossimo periodo. I medici di medicina generale hanno comunque garantito l'accesso ai documenti del FSE in base ai precedenti consensi SOLE.

***Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati; Target 100%***

L'implementazione del FSE nelle strutture private accreditate ha preso avvio a seguito della nota Prot. 0628991 del 30.09.2020 attraverso la quale la Regione ha attivato una ricognizione presso le strutture private con contratto di fornitura finalizzata all'integrazione con l'infrastruttura SOLE/FSE. Nel 2022, sul totale di 37 centri privati accreditati che hanno erogato prestazioni SSN, 35 risultano integrati nella rete SOLE (95,6%).

***Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati. Target: 50%***

La comunicazione all'assistito della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di medicina generale da parte dell'Azienda avviene preventivamente tramite SMS informativo.

La percentuale di assistiti raggiunti da questa comunicazione è di circa il 90%. A seguire, sul FSE, viene consegnato l'attestato relativo al nuovo MMG assegnato. Sono in corso di valutazione ulteriori modalità di comunicazione preventiva direttamente su FSE.

***Analisi specialistica ambulatoriale ricette dematerializzate: Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul Sistema di Accoglienza Regionale sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA. Target: 95%***

L'analisi dei dati disponibili sui cruscotti regionali evidenzia un trend in crescita sul 2022, evidenziando un valore iniziale del 85% a gennaio 2022 e arrivando al 91% a dicembre. Nel secondo semestre 2022 sono stati aggiornati alcuni sistemi informativi al fine di garantire una più precisa registrazione delle informazioni relative all'erogazione (ad esempio per l'attività di dialisi). Sono in corso ulteriori aggiornamenti software trasversali a diverse specialità al fine di garantire una ancor più precisa consuntivazione.

***Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale***

L'implementazione e lo sviluppo in Ausl Romagna dell'attività in Telemedicina si è realizzata sulla scorta di quanto previsto dal Progetto Regionale (Deliberazioni della Giunta regionale n. 648/2016 e n. 2024/2016 e al relativo Piano Operativo del 16.04.2018), in particolare per quanto riguarda le soluzioni di Telemonitoraggio e Televisita.

In linea con il suddetto progetto Regionale, nella fase di avvio è stata individuata come popolazione target quella dei pazienti affetti dalle patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO), con l'intento di estendere l'intervento via via ad altre situazioni in cui la tecnologia può risultare di grande utilità nella gestione dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici.

L'obiettivo finale è di fornire ai pazienti un migliore accesso alle cure, alla qualità dell'assistenza, all'appropriatezza delle prestazioni e favorire al contempo la crescita della consapevolezza, dell'autonomia e della responsabilizzazione nell'affrontare il proprio percorso di cura.

A regime, la soluzione tecnologica dovrà essere fruibile da tutti i professionisti dell'Azienda, sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero, anche per consentire il telemonitoraggio integrato con i sistemi ospedalieri per i pazienti cronici come i dializzati a domicilio, i cardiopatici ed i pazienti in ventiloterapia.

I primi riscontri evidenziano come la modalità della telemedicina sia stata molto utilizzata ed apprezzata sia dal personale sanitario che dall'utenza, in particolare nei periodi di maggior diffusione del virus, poiché ha permesso di mantenere costante il monitoraggio su alcune tipologie di pazienti più fragili e ha altresì permesso un minor impatto sui servizi. L'Azienda attualmente sta provvedendo a diffondere in maniera più sistematica ed organizzata la gestione di quota parte di attività con modalità innovative. In particolare, già a partire dal 2021, si è avvalsa dell'utilizzo di strumenti hardware e software per applicazioni di Telemedicina sia per uso ambulatoriale, dedicate a pazienti non ricoverati, sia ad uso interno alle strutture Ospedaliere, dedicate pertanto a pazienti ricoverati.

Le piattaforme utilizzate sono state:

#### *Piattaforma Regionale di Telemedicina: Televisita/Telemonitoraggio Case della Salute*

Consiste nell'utilizzo di una piattaforma, ad uso delle Case della Salute, che integra un modulo di telemonitoraggio dei dati trasmessi attraverso un'applicazione dai dispositivi domiciliari assegnati al paziente.

#### *Piattaforma Regionale di Telemedicina: Televisita – modulo integrato con applicativi aziendali*

Consiste nell'utilizzo di un modulo software, destinato all'uso ambulatoriale, fornito dalla ditta Dedalus S.p.A., denominato "C4C" che consente, a seguito della programmazione di appuntamenti, l'avvio di una sessione di televisita su piattaforma web tramite videochiamata; il destinatario della televisita riceve, al momento della programmazione, una email inviata attraverso la piattaforma che riporta:

- link e PIN per il collegamento;
- data e ora del collegamento;
- informazioni circa il trattamento dei dati;
- riferimenti per eventuale assistenza tecnica.

Per l'utilizzo di tale modulo, sia il professionista sanitario che il paziente, devono essere dotati di PC/tablet/smartphone e periferiche audio/video (webcam, cuffie, microfono). All'avvio della televisita oltre alla visualizzazione dei partecipanti, il modulo consente l'utilizzo di funzioni di "condivisione schermo" e chat. Il modulo di televisita "C4C" è stato integrato nei seguenti applicativi aziendali ad uso dei servizi e delle UU.OO. indicate:

- Cartella Unica regionale elettronica dei Servizi del DSM-DP (CURE) in uso presso gli ambiti di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini: Centro di Salute mentale (CSM), Servizio per le dipendenze (SerDP), U.O. Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza;
- Smart Digital Clinic in uso presso gli ambiti di Cesena, Ravenna e Rimini: Servizio di Diabetologia.

#### Piattaforma di Telemedicina Telefenix

Consiste nell'utilizzo di una piattaforma, destinata all'uso ambulatoriale, fornita dalla ditta Elco S.r.l., denominata **Telefenix** che può essere richiamata attraverso un link web e che consente, attraverso credenziali personali, la gestione delle seguenti funzioni:

- Anagrafica pazienti e operatori, nomenclatore e preparazioni;
- Agenda e prenotazione appuntamenti;
- Worklist;
- Sessione di televisita.

La piattaforma è in uso attraverso un servizio cloud e in ottemperanza a quanto previsto dal GDPR.

L'introduzione della soluzione è avvenuta nei primi mesi del 2020 in seguito alla necessità di utilizzare tecnologie che consentissero a fronte delle limitazioni imposte dalla dirompente diffusione della pandemia di consentire a gestire pazienti cronici a cui era diventato precluso l'accesso agli ospedali e a svolgere attività di riabilitazione e controllo dei pazienti COVID a domicilio.

La soluzione è oggi parte integrante della suite del sistema RIS e costituisce una soluzione di immediato utilizzo in attesa che la piattaforma regionale venga integrata con le diverse soluzioni di cartella clinica presenti.

La piattaforma, a seguito della programmazione di appuntamenti, che possono originare sessioni di televisita anche tra più pazienti e operatori, prevede l'invio agli attori coinvolti di una email riportante:

- link per il collegamento;
- data e ora del collegamento;
- informazioni circa il trattamento dei dati;
- riferimenti per eventuale assistenza tecnica;
- informazioni circa U.O. erogante;
- manuale di utilizzo.

I pazienti riceveranno inoltre un sms riportante il pin per l'accesso alla sessione di televisita.

Per l'utilizzo di tale servizio, sia il professionista sanitario che il paziente, devono essere dotati di PC/tablet/smartphone e periferiche audio/video (webcam, cuffie, microfono). All'avvio della televisita oltre alla visualizzazione dei partecipanti, il modulo consente l'utilizzo di funzioni di "condivisione schermo", chat e condivisione documenti (upload e download).

### Sistema di Televisita/Telepresenza Intouch Telehealth

Sistema dedicato all'utilizzo con pazienti ricoverati, destinato in particolare a pazienti in regime di isolamento. Il sistema è composto da software medico (Intouch Viewpoint) e tablet (certificato per l'uso specifico) e consente la comunicazione tra operatore e paziente: l'operatore sanitario, attraverso una piattaforma web (Intouch Telehealth), utilizzabile tramite PC aziendale dotato di webcam e microfono, è in grado svolgere una tele visita attraverso i sistemi audio/video del tablet assegnato al paziente.

Il sistema è stato utilizzato presso i reparti COVID della Medicina 1 e 2 dell'Ospedale di Rimini.

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

Questa Azienda ha avviato un percorso di costruzione della propria strategia digitale mediante la realizzazione di un Progetto denominato "Progetto Sanità Digitale Romagna", che rappresenta il primo piano strategico di trasformazione digitale per i prossimi quattro anni (2021-2024) ed avente l'obiettivo di collocare la sanità romagnola in una posizione sempre aggiornata rispetto allo scenario di continua evoluzione tecnologica.

Al fine di governare efficacemente le trasformazioni organizzative e tecnologiche proposte dal suddetto progetto, è stata costituita una "Cabina di regia", composta da professionisti afferenti a questa Azienda USL ed all'Università di Bologna, avente il compito di governare la trasformazione digitale mediante la definizione di un piano delle azioni organizzative e la presentazione di proposte alla Direzione Strategica delle relative azioni implementative, provvedendo, inoltre, al coordinamento del Board della Sanità Digitale in Romagna.

Contestualmente è stato approvato e sottoscritto un accordo con l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS finalizzato all'istituzione di un laboratorio di ricerca denominato "Laboratorio DIGI.TA", inteso quale insieme di professionisti del mondo accademico e sanitario, a supporto degli obiettivi di innovazione tecnologica propri del "Progetto Sanità Digitale Romagna".

### Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE e integrazione socio-sanitaria

Sul versante dello sviluppo tecnologico dell'area socio-sanitaria, in Azienda è in corso l'unificazione degli applicativi dedicati, al fine di giungere alla dismissione di quelli obsoleti ed adottare un unico Modulo aziendale per la gestione dei dati dell'Area Adi, Anziani e Disabili.

L'obiettivo è quello di omogeneizzare i processi e superare molte delle specificità di ciascun territorio e quindi il progetto di unificazione presuppone un'intensa attività di riorganizzazione e condivisione dei percorsi, a partire dalla presa in carico del paziente fino alla eventuale liquidazione, coinvolgendo anche gli altri Enti.

Nel corso del 2021 è stato avviato il Progetto Adi unico aziendale, con l'attivazione del modulo Adi Icaro anche sull'ambito di Cesena.



Il Modulo Adi-Icaro, che coinvolge un numeroso gruppo di operatori con diverse professionalità, trova così nello strumento unico una guida per convergere anche su un'unica modalità operativa di governo dell'attività e di misurazione dell'intensità dell'assistenza.

Il processo di unificazione pertanto appare il presupposto per l'integrazione bidirezionale nella rete FSE il cui effettivo completamento è previsto per il 2023. Inoltre, con la gestione di nuove tipologie di prestazioni socio-sanitarie come l'erogazione del nuovo contributo DGR 130/2021 in modo uniforme per tutta l'azienda, la definizione di regole comuni di liquidazione delle Strutture Anziani e Disabili anche attraverso una progettazione tecnico informatica finalizzata agli obiettivi di integrazione con i sistemi regionali, appare la strategia vincente rispetto agli obiettivi proposti. Il Modulo stesso di gestione dell'accordo Quadro della Psichiatria, già attivato in Icaro, lo ha confermato.

#### Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi

L'azienda ha costantemente provveduto ad implementare ed adeguare i propri sistemi informativi al fine di garantire la corretta produzione dei flussi informativi richiesti. Tale attività è stata garantita anche durante la fase epidemica in relazione ai flussi verso la Regione e il Ministero necessari per garantire la sorveglianza dell'andamento del COVID-19. Pertanto, si conferma che tutti i flussi informativi richiesti dal livello nazionale e dalle banche dati regionali vengono trasmessi nel rispetto delle tempistiche e dei livelli di completezza richiesti dagli standard di qualità fissati.

#### **POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)**

Il POLA relativo al triennio 2021-2023 è stato strutturato per definire il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in coerenza con le *"Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle aziende ed enti del SSR dell'istituto dello smart working, secondo modalità ordinarie"*, trasmesse con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare del 27 gennaio 2021, prot. 68048.

In questa prospettiva l'Azienda ha definito, in linea con le disposizioni dettate dal D.L. 56/2021 e DCPM 23 settembre 2021, la proroga fino al 31 ottobre 2021 all'accesso al lavoro agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale (quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale) con indicazione di non superare il 50% di attività in modalità agile (tale valore può essere inteso sia come numero di dipendenti autorizzati rispetto ai dipendenti in dotazione, sia come numero di giornate rispetto al dipendente autorizzato - es.: 2/3 giornate in SW a settimane alterne su 5 giorni lavorativi). Contestualmente, di concerto con le organizzazioni sindacali ed ha seguito di una precisa mappatura delle attività eseguibili in forma agile, è giunta alla definizione ed applicazione a partire dal 01.11.2021 del nuovo regolamento aziendale per l'accesso al lavoro agile in modalità ordinaria, che consente a tutti i dipendenti che ne fanno richiesta di poter usufruire dello smartworking per il 20% del monteorario mappato.



### 5.3.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'Organizzazione

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori regionali di valutazione della Performance per l'organizzazione da cui si evince, per quanto concerne la produzione di referti secondo standard CDA2 e firma digitale, che lo sforzo organizzativo per superare le criticità legate all'elevata frammentazione delle piattaforme software, alle inevitabili e conseguenti ricadute tecnico organizzative, alla lenta distribuzione delle firme digitali sta producendo buoni risultati che dovranno essere intensificati nel corso del 2023. Per quanto concerne gli indicatori di misurazione dell'attività lavorativa in modalità agile il monitoraggio è previsto a partire dal 2023 con l'attivazione della funzione sul sistema GRU. Tuttavia è possibile sostenere che tutti i dipendenti idonei a svolgere attività lavorativa in modalità agile sono stati autorizzati dall'azienda ad operare in smartworking per un monte ore massimo del 20% modulabile, in accordo col proprio responsabile, all'interno del mese di riferimento.

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2022</b>	<b>Target atteso 2021-2023</b>
<b>IND0873</b> - % referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	132,53	76,4	<b>137,06</b>	122,68	Indicatore in osservazione	
<b>IND0874</b> - % referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	64,11	34,07	<b>79,49</b>	99,87	Indicatore in osservazione	
<b>IND0875</b> - % referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	120,71	58,87	<b>125,15</b>	113,24	Indicatore in osservazione	
<b>IND0876</b> - % lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	117,36	28,93	<b>89,82</b>	82,55	Indicatore in osservazione	
% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori	-	-	-	-	Rilevazione GRU dal 2023	
% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	-	-	-	-	Rilevazione GRU dal 2023	
% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali	-	-	-	-	Rilevazione GRU dal 2023	

### 5.4. AREA DI PERFORMANCE DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, così come individuati nel PTPCT 2022-2024, sono stati assicurati in coerenza con quanto stabilito dalla normativa nazionale, regionale e dalle disposizioni di ANAC. Attraverso la rete dei referenti aziendali, sono state attuate le misure di prevenzione, con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, ed è stata presidiata la realizzazione ed il mantenimento attraverso le azioni di monitoraggio previste e rendicontate al RPCT. La partecipazione del RPCT e dei suoi collaboratori al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende è stata costante ed è stata assicurata l'applicazione delle indicazioni

condivise in tale sede collegiale. A seguito di modifiche normative intervenute nonché dello schema di modifica del DPR n. 62/2013 ancora in fase di approvazione, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro nell'ambito del Tavolo regionale che ha elaborato l'aggiornamento dello schema tipo di Codice di Comportamento con particolare riferimento alle tematiche dei social network, pantouflage, whistleblowing. A tale riguardo l'Azienda provvederà ad adottare il nuovo Codice di Comportamento sulla base di quanto sarà condiviso dal Tavolo regionale.

Per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa, nel 2022 è proseguita l'azione di presidio mediante monitoraggi e verifiche sullo stato di attuazione della sezione Amministrazione trasparente e delle relative sottosezioni, relativamente alla completezza dei dati pubblicati, all'aggiornamento e al formato dei dati pubblicati, al rispetto delle indicazioni in materia di privacy; si è provveduto a segnalare ai Responsabili di pubblicazione eventuali incongruenze ravvisate, dando un termine per l'adeguamento.

Nel PTPCT 2022-2024 è stata confermata la previsione del principio di rotazione ordinaria del personale quale misura di prevenzione fondamentale con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, nel rispetto dei criteri della territorialità, della rotazione funzionale e strutturale, tenuto conto della necessità di correlazione e ponderazione tra esigenze di rotazione e salvaguardia del buon andamento e continuità della gestione aziendale. In particolare, la misura della rotazione è stata prevista e attuata con riguardo a:

- gli addetti alle segreterie di concorso nelle procedure di selezione pubblica o interna;
- gli addetti alla predisposizione delle spettanze economiche per i professionisti convenzionati;
- l'area dei contratti pubblici relativamente ai RUP, ai membri dei Gruppi Tecnici per la predisposizione dei capitolati e ai componenti delle Commissioni di gara;
- il personale veterinario nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo;
- il personale addetto al controllo ufficiale nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, nei Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare, nei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro secondo specifiche come da Linee Guida adottate con determinazione n. 2844/2017;
- gli operatori del Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) delle prestazioni sanitarie rese da erogatori esterni;
- gli operatori degli obitori nei diversi ambiti territoriali per periodi predeterminati.

#### **5.4.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance dell'Anticorruzione e Trasparenza**

Gli obiettivi strategici di quest'area, in conformità a quanto previsto nel *Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)*, riguardano la raccolta delle dichiarazioni sul conflitto di interessi e lo svolgimento della formazione in materia di trasparenza e anticorruzione per tutto il personale. Tali obiettivi, per la rilevanza che attengono, sono stati declinati nei documenti di budget delle singole articolazioni aziendali.

In particolare, rispetto all'indicatore di valutazione delle performance **sulle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolte entro la chiusura d'anno (target: >=90%)**, analisi interne evidenziano una percentuale di dichiarazioni previste dalla normativa nazionale e regionale vigente effettivamente raccolte mediante l'applicativo WHR Time GRU pari al 90%, con riferimento al personale dipendente presente al 31.12.2022. Al momento non sono disponibili dati ufficiali della Regione.

Anche l'ulteriore indicatore di valutazione **sulla centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale (target: >=58%)**, volto a monitorare la condivisione delle Aziende nella pianificazione e nelle strategie di acquisto definite a livello regionale sulla base dell'Accordo di Programma tra Regione e Intercent-ER, risulta al momento non disponibile su InsidER. Ad ogni modo, l'Azienda attraverso l'UO Programmazione e Acquisti di Beni e Servizi, in ottemperanza alla normativa vigente, effettua prontamente l'adesione a tutte le convenzioni Intercent-ER non appena sono pubblicate, nonché verifica sistematicamente – sia in sede di programmazione, sia prima dell'emissione di una gara - che non sussistano convenzioni attive né di Intercent-ER né di Consip. Utilizza in modo sistematico gli strumenti messi a disposizione dalla centrale di committenza/soggetto aggregatore regionale, sia la piattaforma di e-procurement SATER per le procedure aperte, che il sistema dinamico di acquisizione per i vari bandi aperti e resi disponibili all'utilizzo da parte di altri Enti. Adopera, inoltre, costantemente il mercato elettronico regionale e, solo in misura residuale, quello di CONSIP per le procedure sotto soglia comunitaria. Per una più ampia pubblicità e maggiore trasparenza delle proprie procedure di gara pubblica gli avvisi, oltre che sul proprio sito aziendale, anche sul sito di Intercent-ER e utilizza la piattaforma SATER.

La sinergia dei vari soggetti che hanno operato nel campo degli acquisti ha consentito all'AUSL della Romagna di raggiungere una percentuale maggiore del 58% - quale target minimo richiesto dal livello regionale - dei propri acquisti di beni e servizi effettuati tramite adesioni a contratti derivanti da procedure centralizzate/aggregate.

## 6. Dimensione delle performance dell'innovazione e sviluppo

Di seguito il quadro sinottico che pone in relazione gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Ausl della Romagna (DGR n. 744/2020) con le Area di Performance relative alla dimensione dell'innovazione e sviluppo e a seguire il resoconto dei principali interventi attuati nel 2022 e dei risultati conseguiti per ciascun obiettivo strategico individuato.

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE INNOVAZIONE E SVILUPPO		
Obiettivi di mandato	Area della ricerca e della didattica	Area dello sviluppo organizzativo
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA</b>	- Progetto "Romagna Salute"	
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.6. Attività di ricerca	- Promuovere l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione come parte della missione istituzionale dell'Azienda - Garantire il supporto necessario al buon funzionamento del Comitato Etico congiunto Azienda-IRST di Meldola	

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE INNOVAZIONE E SVILUPPO		
Obiettivi di mandato	Area della ricerca e della didattica	Area dello sviluppo organizzativo
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.8. Valorizzazione del capitale umano		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzare i programmi formativi atti a garantire il massimo grado di preparazione del personale, sanitario in primo luogo, ma anche non sanitario per quanto di competenza, a confrontarsi con emergenze epidemiche</li> <li>- Progettare percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative, quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi</li> <li>- Orientare i percorsi formativi sugli obiettivi prioritari di formazione individuati a livello regionale, a supporto delle innovazioni e del miglioramento continuo del sistema</li> <li>- Progettare i percorsi e le esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni</li> <li>- Migliorare i sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione</li> <li>- Valorizzare i servizi a sostegno della produzione scientifica del personale medico, in collaborazione con Istituti Universitari, Enti di ricerca, Aziende sanitarie e Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico</li> </ul>

### 6.1. AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi strategici perseguiti nel 2022 riguardano, prioritariamente, le azioni orientate alla valorizzazione del capitale umano. In particolare:

#### **Realizzare i programmi formativi atti a garantire il massimo grado di preparazione del personale**

L'emergenza sanitaria ha reso necessario sviluppare interventi formativi orientati al cambiamento organizzativo e alla modifica dei comportamenti professionali; fra principali programmi formativi che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi si riportano:

- DGR n.1230 02/08/2021 recante *"linee di indirizzo per l'organizzazione della funzione di triage nei Pronto soccorso dell'Emilia Romagna"*.

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale.
- Formazione Cartella unica Regionale Elettronica: CURE.
- Igiene delle Mani in ambito assistenziale.
- Interventi formativi per il contrasto alla diffusione del virus COVID e utilizzo e DPI.

Fra le attività formative adottate per promuovere e innovare le organizzazioni e le pratiche professionali l'Azienda pone forte risalto a quelle erogate *blended*, ossia con alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona, FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale).

L'Azienda, per assicurare la formazione orientata sia al cambiamento organizzativo sia alla modifica dei comportamenti professionali, ha sviluppato modalità di formazione che integrano l'uso di tecnologie digitali alle modalità tradizionali e, per quanto riguarda in particolare la modalità blended, nel 2022 ne sono state attivate 101 secondo queste forme:

- Blended (FsC + FaD) Totale: 2
- Blended (Res + FaD) Totale: 18
- Blended (Res + FsC) Totale: 81

### **Progettare i percorsi e le esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti**

Rispetto alle esperienze formative innovative l'azienda ha sviluppato un importante investimento che ha permesso, attraverso la piattaforma LMS elearning.auslromagna.it, di sviluppare 86 corsi attivi, per oltre 26.000 iscritti, che hanno permesso di assegnare oltre 200.000 crediti ECM. Inoltre, attraverso alle piattaforme di videoconferenze su cloud, è stata data continuità alla necessità di confronto tra i professionisti su tematiche cliniche, competenze specifico professionali, organizzative e di processo.

L'implementazione dei centri vaccinali è stata accompagnata da percorsi formativi dedicati all'acquisizione delle specifiche competenze richieste. Tale attività ha contribuito a garantire la massima efficacia dei centri vaccinali assicurati dall'azienda sul territorio della Romagna.

Gli interventi formativi a supporto dell'applicazione delle linee guida hanno assecondato le modifiche organizzative dal punto di vista della standardizzazione dei comportamenti.

### **Migliorare i sistemi di valutazione delle competenze**

Nell'ambito del sistema di valutazione della performance individuale è stata effettuata un'analisi finalizzata allo sviluppo di un modulo di collegamento tra esiti valutazione e programmazione degli interventi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze. Inoltre, è stata effettuata una integrazione delle schede di valutazione annuali per monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di incarico attribuiti a dirigenti e titolari di incarico di funzione del comparto.

### **Valorizzare i servizi a sostegno della produzione scientifica del personale medico**

L'Azienda ha sviluppato diversi progetti di integrazione e collaborazione con l'Università e gli istituti di ricerca, anche con la definizione di specifici accordi per lo sviluppo di un ambiente

culturale favorevole alle attività di ricerca, realizzare l'effettiva integrazione fra attività di ricerca e attività didattico-assistenziali e promuovere la diffusione e la valorizzazione dei risultati della ricerca.

I principali progetti attivati nel periodo riguardano:

- *Il Progetto "ROMAGNA SALUTE"*, un grande Progetto di integrazione tra l'Università di Bologna e l'Azienda USL della Romagna articolato sulla salute, dalla prevenzione allo sviluppo tecnologico, con azioni multiple e diversificate su tutto il territorio romagnolo. Prevede l'integrazione fra attività di formazione, assistenza e ricerca; una maggiore qualificazione di alcune strutture e funzioni sanitarie, che rappresentano le specifiche vocazioni dei territori romagnoli e che, oltre all'Azienda USL della Romagna, hanno come riferimento l'IRCSS (IRST) di Meldola ed il Privato Accreditato.
- *"L'ACCORDO ATTUATIVO del Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Parma e Modena e R.E. per la collaborazione in ambito sanitario"* finalizzata a definire un quadro complessivo, stabile e organico di relazioni che dia conto che l'Azienda USL della Romagna rappresenta l'azienda di riferimento dell'Università di Bologna sul territorio della Romagna per le attività essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca in ambito clinico e preclinico.
- *Il Progetto "SANITA' DIGITALE ROMAGNA"* e l'accordo con l'Università di Bologna e l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori – (IRST) IRCCS per la costituzione, del Laboratorio di ricerca denominato "Laboratorio DIGI.TA" - inteso quale insieme di professionisti del mondo accademico e sanitario – che rappresenta il piano strategico di trasformazione digitale dell'AUSL Romagna avente l'obiettivo di collocare la sanità romagnola in una posizione sempre sempre aggiornata rispetto alla continua evoluzione tecnologica.

### **Promozione delle pari opportunità nel contesto lavorativo**

Al fine di ottemperare a quanto indicato nella Deliberazione del Direttore Generale n. 15 del 28/01/2021, che ha approvato il *"Piano delle Azioni Positive dell'Ausl Romagna per il triennio 2022-2024"* con l'intento di dare applicazione alle linee operative dell'OIV-SSR circa la Direttiva n. 2/2019 per l'introduzione nelle Pubbliche Amministrazioni di azioni positive per riequilibrare le situazioni di disuguaglianza di genere e favorire il benessere in ambito lavorativo, l'Azienda:

- nel 2021, al fine di dare avvio al lavoro agile in modalità ordinaria, tutte le UU.OO. dell'area amministrativa e tecnica hanno definito le mappature delle attività eseguibili in smart working. Contestualmente, l'Azienda ha definito il Regolamento transitorio per l'accesso al lavoro agile in forma ordinaria, garantendo così a tutti i dipendenti nelle condizioni di poter accedere all'istituto dello smart working la possibilità di svolgere in maniera non prevalente la propria attività in modalità agile, in coerenza con le indicazioni Ministeriali (DM 8 ottobre 2021). Per tutti i dipendenti che hanno presentato la succitata richiesta sono stati sottoscritti accordi individuali con i propri responsabili. Nel 2022 l'Azienda ha portato a regime l'applicazione del regolamento transitorio aziendale sul lavoro agile per l'avvio dello smart



working in modalità ordinaria, in superamento della modalità straordinaria legata al contesto pandemico. Ciò ha consentito a tutti i dipendenti mappati che ne fanno richiesta di poter usufruire dello smart working per il 20% del monte ore;

- nell'ambito delle iniziative previste nel piano di azioni per l'Equità, ha realizzato un evento formativo in tema di medicina di genere, a cura di un gruppo interdisciplinare costituito dal referente aziendale per la Medicina di Genere, dal referente Equità, dal responsabile del CUG Aziendale, dal responsabile della Formazione e dall'ASSR. L'iniziativa, rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari dell'AUSL della Romagna dal titolo *"Medicina di Genere: esperienze e futuri sviluppi"*, si è svolta il 22 dicembre 2021 e verrà sviluppata una ulteriore progettualità anche nel 2023;
- inoltre, ha partecipato all'evento organizzato dalla Regione Emilia-Romagna *"Laboratorio formativo Medicina di genere"*, che si è svolto il 20 dicembre 2022.

## 6.2. AREA DI PERFORMANCE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

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

### Promuovere l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione

Lo stretto legame sussistente tra l'attività propria delle strutture di ricovero e cura e le altre attività che trovano nell'assistenza al paziente il loro punto di partenza e di ritorno rappresenta il principio fondamentale che governa il rapporto fra assistenza, ricerca e formazione, in altre parole tra Ospedale ed Università.

Si tratta di un principio che coincide in larga misura con il riconoscimento dell'inscindibilità dei rapporti fra formazione medica, pratica clinica e obbligo di rendere disponibile la casistica clinica ospedaliera per l'attività di ricerca.

In quest'ottica, l'azienda USL della Romagna intende perseguire la costituzione di un programma aziendale incentrato sulla Qualità, la Ricerca, la Valutazione e l'Innovazione per contribuire alla definizione di un approccio omogeneo alla valutazione dell'assistenza, basato sul confronto fra erogatori e sulla misurazione delle performance in modo da individuare le migliori pratiche alle quali ispirarsi, ovviamente in stretta collaborazione con i direttori/responsabili aziendali di riferimento, l'IRCCS-IRST e l'Università.

Principalmente:

- è proseguita l'attività del Board Aziendale Ricerca e Innovazione, che si è regolarmente riunito in forma virtuale almeno una volta al mese, valutandola la fattibilità e l'opportunità di tutti i progetti di ricerca presentati in ambito aziendale.
- è proseguita l'attività dell'Ufficio Ricerca aziendale, a supporto amministrativo, tecnico e metodologico di tutti i professionisti, armonizzando l'iter di istruttoria, l'autorizzazione dei progetti e la stipula dei contratti.

- è stata approvata la convenzione con l'Istituto Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori IRST –IRCCS di Meldola per lo svolgimento delle attività di ricerca nell'ambito del Programma Interaziendale Comprehensive Cancer Care (and Research) Network della Romagna-CCCN. È stata quindi avviata la collaborazione con le strutture di IRST coinvolte dal Programma.

### **Garantire il supporto necessario al buon funzionamento del Comitato Etico congiunto Azienda-IRST di Meldola**

L'ufficio ricerca dell'AUSL Romagna ha costantemente garantito supporto al Comitato Etico, in particolare attraverso la tempestiva e corretta alimentazione della piattaforma SIRER (per la gestione dei progetti sottoposti ai CE e, più in generale, dei programmi di ricerca) ed il supporto sia nella sottomissione etica (predisposizione della documentazione necessaria) che nella definizione degli aspetti metodologici.

### **Definire il percorso per la conduzione, la gestione e la rendicontazione dei progetti di ricerca**

L'UO Ricerca Valutativa ha pubblicato la revisione n.5 della Procedura aziendale PA35, redatta in accordo con l'IRST –IRCCS di Meldola, che descrive il percorso che gli sperimentatori devono intraprendere per la conduzione degli studi di ricerca in base alle diverse tipologie di studi (ricerca istituzionale, ricerca spontanea, ricerca sponsorizzata).

### **Garantire il supporto alle attività di ricerca spontanea aziendale**

L'UO Ricerca Valutativa ha costantemente garantito supporto agli sperimentatori aziendali nell'intero percorso della ricerca spontanea: definizione del protocollo di studio, predisposizione della documentazione necessaria alla sottomissione al CEROM e al Board della Ricerca IRST-AUSL, supporto alla gestione dei diversi portali della ricerca (SIRER, CTIS, AIFA), analisi dei dati e diffusione dei risultati. Allo scopo di raccogliere le esigenze dei ricercatori l'UO Ricerca Valutativa ha organizzato una serie di incontri presso i principali Presidi aziendali in occasione dei quali sono state ascoltate le esigenze e le proposte dei professionisti per la promozione delle attività di ricerca all'interno del contesto aziendale.

## **6.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance della ricerca e della didattica**

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2022</b>	<b>Target atteso 2021-2023</b>
N. trial clinici approvati dal CE	69	71	<b>68</b>	-	Indicatore in osservazione	
N. studi osservazionali approvati dal CE	133	92	<b>118</b>	-	Indicatore in osservazione	

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2022</b>	<b>Target atteso 2021-2023</b>
N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	-	-	-	-	Dato non disponibile	
N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	-	-	-	-	Dato non disponibile	

## 7. Dimensione delle performance della sostenibilità

Di seguito il quadro sinottico che pone in relazione gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Ausl della Romagna (DGR n. 744/2020) con le Area di Performance relative alla dimensione della sostenibilità e a seguire il resoconto dei principali interventi attuati nel 2022 e dei risultati conseguiti per ciascun obiettivo strategico individuato.

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ		
Obiettivi di mandato	Area economico-finanziaria	Area degli investimenti
<b>1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA</b>  1.1. Riordino dell'Assistenza Ospedaliera		- Il nuovo ospedale
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.1. Rispetto dell'equilibrio economico finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Il pareggio di bilancio è obiettivo di mandato della Direzione Aziendale. A tal fine si dovrà garantire principalmente: - il presidio costante dell'andamento della gestione economico-finanziaria generale in considerazione della modifica della struttura dei costi e dei ricavi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19 e del successivo programma di riavvio delle attività sanitarie precedentemente sospese - la messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC) - l'adesione alle convenzioni attivate dall'Agenzia Intercent-ER - l'attuazione di misure di razionalizzazione, ottimizzazione e miglioramento appropriatezza nell'uso delle risorse - strutturate azioni di confronto e coinvolgimento dei prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale/territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, garantendo periodici monitoraggi e audit clinici - promuovere la piena adesione all'esito delle gare per l'acquisizione dei dispositivi medici	

Collegamento fra obiettivi di mandato e albero della performance		
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ		
Obiettivi di mandato	Area economico-finanziaria	Area degli investimenti
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rispettare le tempistiche per tutte le opere da realizzare con fondi regionali, nazionali e della Comunità Europea. In particolare, adottare tutte le azioni necessarie per addivenire alla progettazione esecutiva, all'aggiudicazione e alla consegna dei lavori per la realizzazione del nuovo ospedale di Cesena e delle ulteriori realizzazioni previste dal Piano investimenti e dal piano COVID</li> <li>- Orientare prioritariamente i nuovi investimenti strutturali ed impiantistici verso gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali per favorire, tra l'altro, la gestione delle attività sanitarie post COVID</li> <li>- Rinnovare e qualificare le dotazioni di tecnologie biomediche. In particolare, la sostituzione e l'eventuale implementazione delle grandi tecnologie dovranno avvenire in coerenza con le indicazioni del livello regionale</li> </ul>
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.5. Governo delle risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione Piani Triennali del Fabbisogno di Personale coerenti con gli obiettivi e degli standard, di tipo economico finanziario e gestionale di cui alle delibere regionali di programmazione annuale e con gli obiettivi di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi e dei servizi di supporto</li> <li>- Giungere al "pieno ed esclusivo utilizzo" di tutti i moduli del sistema informatizzato GRU</li> </ul>	
<b>2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI</b>  2.9. Azioni per lo sviluppo sostenibile		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasformazione "green" delle strutture pubbliche da realizzare e/o ristrutturare</li> <li>- Massimizzare i criteri di sostenibilità ambientale e le azioni di contrasto al cambiamento climatico</li> <li>- Riduzione impatto dei rifiuti e della mobilità</li> </ul>

### 7.1. AREA DI PERFORMANCE ECONOMICO-FINANZIARIA

Gli obiettivi strategici definiti nel Piano triennale della Performance sono:

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

Il consuntivo 2022 dell'Azienda USL della Romagna registra una perdita di esercizio pari ad € 22.831.659, che troverà copertura nell'ambito delle risorse stanziare con delibera della Giunta Regionale n. 602 del 20/04/2023 "Approvazione di quote di avanzo vincolato di amministrazione da svincolare in applicazione del comma 822 dell'art. 1 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197 così

*come modificato dall'art. 16-Ter del D.L. 29 dicembre 2022, n.198 convertito con modificazioni dalla Legge 24 febbraio 2023, n.14 per 'attuazione degli interventi previsti alle lettere B) e C-bis) del medesimo comma".*

L'analisi dettagliata dei risultati raggiunti in riferimento all'obiettivo di garantire l'equilibrio economico-finanziario è contenuta nel precedente capitolo 5 della presente relazione avente ad oggetto "La gestione economico-finanziaria dell'Azienda".

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati dalla DGR 1772/2022 si precisa che è stato effettuato nel corso del 2022 il monitoraggio bimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale nel mese di settembre 2022. Di tale verifica è stata informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

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

### **Tempi di pagamento dei fornitori**

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel 2022 l'Azienda ha proseguito la propria attività di efficientamento del ciclo passivo nelle diverse fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture. I tempi medi di pagamento si sono leggermente allungati attestandosi a -4,72 a fronte dei -16,53 giorni del 2021, rimanendo comunque al di sotto del limite di 60 gg. previsto dalla normativa. Si è inoltre provveduto ad inviare trimestralmente le tabelle riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali.

### **Gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**

Sul versante dell'implementazione del sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC), nel 2022, stante il rinvio della partenza dell'Ausl della Romagna al 01.01.2025, sono proseguite le attività programmate dalla Cabina di Regia regionale.

In particola l'Azienda ha:

- garantito la partecipazione costante dei referenti aziendali al Tavolo GAAC;
- assicurato al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività di analisi delle specificità aziendali e del magazzino commerciale;
- assicurato la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC; assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC;
- assicurato l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra

Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP)..

### **Spesa farmaceutica convenzionata**

L'incremento della spesa farmaceutica convenzionata nel 2022 è stato di + 3,65% rispetto al 2021, a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 1,4%. Tale incremento, nonostante le diverse azioni di appropriatezza prescrittiva intraprese, è legato prevalentemente alla rimodulazione dei canali distributivi del farmaco, con spostamento di pazienti, soprattutto diabetici, dalla Distribuzione Diretta alla Distribuzione per Conto e alla Convenzionata. Si osserva comunque che la spesa farmaceutica convenzionata procapite pesata rimane più bassa rispetto alla media RER (€ 107,45 vs € 108,36) e anche la spesa farmaceutica territoriale procapite pesata, comprensiva della remunerazione DPC, è significativamente più bassa della media RER (€ 182,14 vs € 185,5). Come detto, sono state messe in atto diverse azioni sulle categorie terapeutiche a maggior rischio di inappropriatazza, attraverso incontri con NCP, singoli MMG e inserimento di obiettivi nell'Accordo della Medicina Generale (farmaci ipolipemizzanti, antibiotici, vitamina D).

### **Acquisto ospedaliero di farmaci**

La spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci nel 2021 si è chiusa con un incremento del + 8% rispetto al 2021, a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 6,2%. Le classi di farmaci che hanno determinato tale maggior spesa rispetto all'obiettivo assegnato sono:

- MALATTIE RARE - in forte aumento pazienti che provengono da centri specialistici anche extra aziendali con regolare piano terapeutico autorizzato dalla Commissione regionale malattie rare;
- NUOVI ANTIDIABETICI - utilizzati secondo la nota AIFA 100 e indicazioni RER, la Romagna partiva con molti pazienti ancora in trattamento con vecchi antidiabetici (sulfaniluree, ecc...) che sono stati "shiftati" ai nuovi farmaci, come previsto dagli obiettivi regionali;
- FARMACI PER HIV - incremento di inibitori delle proteasi per pazienti con aumentato rischio cardiovascolare, prescrizioni più allineate alla media RER;
- FARMACI PER LA SCLEROSI MULTIPLA - in aumento trattamenti di seconda linea più costosi a seguito di inefficacia delle prime linee soprattutto per pazienti in trattamento da tempo, inoltre, sono stati de localizzati in particolare da Bologna, diversi pazienti romagnoli in trattamento con farmaci iniettivi (Ocrelizumab, ecc..) che non erano presenti nello storico 2021;
- ONCOLOGICI NON INNOVATIVI - pesano le molecole che hanno perso l'innovatività nel 2021/2022 i cui costi si sono spostati dal Fondo innovativi all'acquisto ospedaliero (Daratumumab e Pembrolizumab in alcune indicazioni);
- NAO - incremento di nuovi pazienti, ma anche effetto scorte DPC;
- DUPILUMAB PER LE INDICAZIONI NON INNOVATIVE - in particolare per la poliposi nasale (ORL);



- EMODERIVATI - aumento dei ricoveri di pazienti emofilici che ha comportato un significativo incremento della spesa.

A tale proposito l'azienda si è confrontata in specifici incontri con i professionisti sulle classi di farmaci più critiche, ovvero antidiabetici, farmaci per la sclerosi multipla e farmaci per HIV. Inoltre, sono stati ulteriormente sensibilizzati i prescrittori ad un utilizzo di medicinali scaduti di brevetto e biosimilari.

### **Governo delle risorse umane**

Anche per l'anno 2022 il reclutamento delle risorse umane è proseguito in coerenza con la programmazione definita a livello aziendale rappresentata nel PTFP relativo al triennio 2022-2024, come adottato in via definitiva con deliberazione n. 455 del 20.12.2022; questa Azienda, a fronte dell'attuale situazione economica, ha proceduto alla concreta implementazione delle assunzioni per l'anno 2022 entro il limite delle risorse destinate alla spesa del personale in sede di bilancio di previsione per l'anno 2022.

Tale programmazione pertanto ha tenuto conto della graduale cessazione dello stato di emergenza e del definitivo contenimento della pandemia, andando progressivamente a riassorbire le risorse acquisite per fronteggiare la pandemia e la campagna vaccinale, al fine di riposizionarle su postazioni che si sono rese via via vacanti nel corso dell'anno, e ciò tenuto conto delle indicazioni del PTFP appena citato, il quale prevede il totale riassorbimento delle risorse in contesto nel corso del biennio 2022/2023.

Tale manovra porterà a riassorbire, nell'arco temporale sopra indicato (2022/2023), complessivamente circa 650 figure, sia del comparto che della dirigenza, con conseguente tendenza al riallineamento della dotazione organica alla situazione pre-pandemica.

E' proseguito inoltre nel 2022, in continuità con le politiche avviate negli anni precedenti, ed in ottemperanza alle normative vigenti, il processo di stabilizzazione del personale precario: nel corso del 2022 sono state infatti stabilizzate 434 figure (361 comparto, 73 dirigenza), di cui n. 119 attraverso la cd Legge Madia e le restanti attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento. Nel corso del 2022 sono stati inoltre banditi, sulla base delle indicazioni regionali, gli avvisi di stabilizzazione COVID (ai sensi della Legge di bilancio 2022, n. 234/2021) per ulteriori 50 figure, che hanno sottoscritto il relativo contratto di lavoro a T.I. a decorrere dal marzo 2023.

Anche per l'anno 2022 si è fatto ricorso all'attivazione di rapporti di lavoro autonomo, in analogia a quanto attivato nel corso dell'anno 2021, per far fronte alla criticità riscontrate nel reclutamento di figure della dirigenza medica, condizionata ulteriormente da un crescente turn over che non trova la contestuale compensazione attraverso gli ordinari strumenti assunzionali finalizzati alla costituzione di rapporti di lavoro dipendente.

### **Sistemi di valutazione delle competenze**

Nell'ambito del sistema di valutazione della performance individuale è stata effettuata un'analisi finalizzata allo sviluppo di un modulo di collegamento tra esiti valutazione e programmazione degli interventi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze. Inoltre, è stata effettuata una

integrazione delle schede di valutazione annuali per monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di incarico attribuiti a dirigenti e titolari di incarico di funzione del comparto.

### 7.1.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance Economico-Finanziaria

La tabella sottostante, che riporta gli indicatori regionali di valutazione di natura economica rilevati in SivER, riporta performance tendenzialmente in linea sia rispetto agli standard prefissati in sede di programmazione sia nel confronto con la media regionale.

Indicatore	Valore Ausl Romagna 2020	Valore Ausl Romagna 2021	Valore Ausl Romagna 2022	Valore Regionale 2022	Valutazione performance 2022	Target atteso 2021-2023
<b>IND0220</b> - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-21,08	-16,53	<b>-4,72</b>	-	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0363</b> - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,94	87,32	<b>88,16</b>	93,16	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0365</b> - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	87,71	88,91	<b>89,42</b>	88,92	In linea con l'atteso	Mantenimento
<b>IND0732</b> - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	165,56	171,69	<b>182,14</b>	185,5	Indicatore in osservazione	
<b>IND0877</b> - Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	15,79	15,48	<b>17,15</b>	17,51	Indicatore in osservazione	
<b>IND0878</b> - Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	35,62	31,1	<b>32,63</b>	30,88	Indicatore in osservazione	
<b>IND0879</b> - Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	8,73	9,23	<b>10,73</b>	12,12	Indicatore in osservazione	
<b>IND0880</b> - Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	37,3	36,74	<b>38,57</b>	38,25	Indicatore in osservazione	

## 7.2. AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI

### Il nuovo ospedale

Dopo la consegna del PFTE 2° fase, al fine di avviare l'iter procedimentale previsto dal quadro legislativo vigente, nel mese di dicembre 2021 lo stesso è stato inviato al Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici (CSLP), la cui istruttoria, che ha previsto alcune audizioni, si è conclusa nel maggio

2022 con la trasmissione di un parere positivo in data 17/05/2022, parere pronunciato con prescrizioni/raccomandazioni/osservazioni, volte a aumentare il livello dell'opera, demandando al procedimento di verifica e validazione previsto dal quadro normativo la verifica di ottemperanza alle prescrizioni espresse.

Al fine di rientrare nei tempi, l'Azienda ha proceduto:

- ad avviare in data 07 dicembre 2021, la fase della Progettazione Definitiva contestualmente alla fase di sviluppo e chiusura del PFTE 2° Fase, in particolare per predisporre la documentazione necessaria ai fini autorizzativi proseguendo con gli incontri di affinamento con i vari Enti, necessari alla corretta definizione del Progetto;
- ad attivare la verifica del progetto, ai sensi dell'art. 26 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., alla società incarica dall'azienda a partire dai contenuti del PFTE 2 Fase. Si è pertanto provveduto ad affiancare ai professionisti del RTP la società di verifica e validazione in data 17.05.2022

Questa complessa fase istruttoria, ha comportato un importante lavoro di rivisitazione del progetto che, pur essendo correttamente sviluppato sulla base delle normative vigenti, ha necessariamente dovuto essere rivisto nei seguenti diversi aspetti, condizione, questa, comunque significativamente impattante sui tempi progettuali e sul quadro economico complessivo:

- Aspetti geologici: presenza di falda e rischio di ristagni superficiali – fenomeni di subsidenza;
- Aspetti geotecnici: fondazioni con elementi colonnari, verifica dei cedimenti;
- Aspetti idrogeologici ed idraulici: approfondimento rischio idraulico con stima idrologica ed idraulica;
- Aspetti strutturali: approfondimento sulle verifiche di esercizio con particolare riferimento allo stato limite di operatività e di danno;
- Aspetti viari: approfondimento progettuale di tutte le infrastrutture al fine dell'innalzamento migliorativo e qualitativo dell'opera a cui il CSLP si è ispirato.

La Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta regionale n. 1288 del 27 luglio 2022, ha approvato l'Aggiornamento infrannuale dell'elenco regionale dei prezzi delle opere pubbliche 2022, ai sensi dell'art. 26, comma 2, del D.L. 17 maggio 2022, n. 50 (convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2022, n. 91) di seguito denominato "Aggiornamento infrannuale del prezzario 2022" (che include anche il PUAS 2022). Si è quindi proceduto ad una valutazione di impatto con l'applicazione del Nuovo Prezzario Regionale Unificato sulla scorta del Progetto Definitivo in fase di sviluppo.

La progettualità del Nuovo Ospedale di Cesena, per quanto sopra esplicitato, oltre a subire un aumento dei costi per il definirsi dei vari aspetti di dettaglio sanitario e per le implicazioni derivanti dai vari Enti, si trova direttamente interessata dal caro prezzi. Si sono infatti analizzati i costi desunti dal progetto aggiornandoli al PUAS 2022, riscontrando significativi aumenti dovuti a:

- rincaro costi di produzione carpenterie metalliche e armature;
- percentuale da riconoscere all'Appaltatore per spese generali, che passa dal 15% al 16% sulla base del nuovo prezzario regionale;

- un aumento medio del 3,5% sui costi della manodopera per tenere conto del rinnovo contrattuale CCNL del settore edile sottoscritto il 3 marzo 2022.
- L'impegnativo iter di aggiornamento progettuale del PFTE 2° Fase si è concluso a luglio 2022 con il report positivo finale di verifica tecnica della società incaricata (in atti al protocollo del 29.07.2022 n. 210985), che in relazione al modificato quadro economico non ha avuto un'espressione di parere in quanto le necessarie risorse aggiuntive determinate da quanto sopra esposto sono state demandate ad approfondimenti con la Direzione Generale e la Regione Emilia Romagna, approfondimenti che dovranno trovare una soluzione a copertura di tale impatto affinché si possa procedere con l'approvazione del successivo Progetto Definitivo, tenuto conto di quanto riportato nell'Accordo ai sensi dell'art. 15 della L. 241/90 tra il Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e Regione Emilia Romagna, art. 5 c. 4, "Eventuali ulteriori oneri, che dovessero rendersi necessari per la prosecuzione dei lavori, sono a totale carico della Regione".

### **Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione Salute**

**Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza M6C1** offre una grande opportunità sugli interventi territoriali quali Case di Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (OsCo), il cui finanziamento complessivo è pari a Euro 50.437.000. Allo stato attuale le progettazioni sono nella fase definitiva e sono state aggiudicate le procedure sui lavori che si prevede partano entro il 2023 e si concludano con l'attivazione, come anticipa la Missione 6, entro il primo trimestre 2024 per le COT ed entro il primo trimestre 2026 per le CdC/OsCo (i valori potranno essere rimodulati in conseguenza dell'applicazione del nuovo prezzario regionale).

**Interventi a superamento criticità sismiche:** negli ultimi anni, anche in relazione alle criticità strutturali che hanno determinato problemi sanitari importanti nelle aree ove sono avvenuti terremoti con alta intensità, si è avuta una forte sensibilizzazione volta alla soluzione del problema. Di conseguenza, si sono attivate linee di finanziamento dedicate a favore di strutture sanitarie ricadenti in aree a più alto rischio e non adeguate. Ciò premesso, nell'ambito del programma di riforme e investimenti a valere sui fondi di natura straordinaria dell'Unione Europea (PNRR e PNC), il Ministero ha effettuato una ricognizione presso la Regione Emilia-Romagna per la definizione del fabbisogno per l'edilizia sanitaria in merito agli interventi strutturali per il miglioramento/adequamento sismico. Per questa tipologia di interventi l'AUSL della Romagna è stata finanziata nell'ambito della Missione M6C2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Sismica per Euro 40.859.000.

Nel primo semestre 2022 sono state espletate tutte le attività tecniche e amministrative che hanno consentito la sottoscrizione, in data 30.05.2022, del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con il relativo Piano Operativo allegato tra il Ministero della Salute e la Regione Emilia Romagna.

Nel secondo semestre 2022 con riferimento alle COT (n. 11) sono stati approvati i progetti esecutivi e affidati i lavori.

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

L'Azienda USL della Romagna sta attraversando una fase importante, sia sotto gli aspetti di natura sanitaria sia sotto gli aspetti legati all'organizzazione e agli investimenti.

Per affrontare in modo efficiente lo scenario futuro, capitalizzando anche le attuali esperienze a superamento della condizione emergenziale, è stato necessario modificare le abituali modalità operative.

Una delle condizioni a cui siamo chiamati a dare una concreta risposta attraverso un diverso approccio rispetto al passato è proprio relativa alle politiche di investimento, non solo in ragione del modificato contesto a cui oggi è possibile attingere ai finanziamenti di sostegno, ma anche in ragione della volontà di arrivare più velocemente al risultato.

Le articolazioni tecniche aziendali negli ultimi anni avevano già iniziato a sondare le opportunità di reperire risorse attraverso la partecipazione a bandi europei, con il risultato che ha portato ad ottenere importanti finanziamenti a sostegno delle politiche energetiche ed ai progetti di natura ambientale, modalità che ha aiutato a riqualificare ampie aree ospedaliere in un momento storico ove scarseggiavano altre fonti di finanziamento.

Ciò premesso, oggi le consolidate modalità di finanziamento del sistema strutturale, attive già con l'art. 20 della legge finanziaria n. 67/88, dove il legislatore autorizzò l'esecuzione della I<sup>a</sup> Fase del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, vengono affiancate da altre, le cui modalità procedurali ed i presupposti sono fortemente diversi.

## **Interventi AUSL ROMAGNA ricompresi nel "PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI IN SANITÀ EX ART. 20 DELLA LEGGE 67/88**

### **IV fase. Accordo di programma integrativo 2009 Interventi H**

#### **H.36 - Ravenna adeguamento prevenzione incendi**

L'intervento principale è concluso e collaudato. L'intervento complementare "Interventi di adeguamento prevenzione incendi sedi territoriali ex Ausl di Ravenna da realizzarsi con economie intervento H36" è in corso di esecuzione a seguito del contratto sottoscritto con l'Appaltatore in data 29.06.2022, in atti prot. n. 82079 del 30.06.2022 e della consegna dei lavori in pari data. I lavori saranno terminati indicativamente nel primo semestre 2023 ed entro l'anno si provvederà a concludere le procedure amministrative contabili per la richiesta liquidazione a saldo delle somme a fronte di spese sostenute.

#### **H.37 - Ravenna, adeguamento prevenzione incendi presidi ospedalieri**

L'intervento principale è concluso e collaudato. L'intervento complementare "Interventi di adeguamento prevenzione incendi sedi territoriali ex Ausl di Ravenna da realizzarsi con economie intervento H37." è in corso di esecuzione a seguito del contratto sottoscritto con l'Appaltatore in data 29.06.2022, in atti prot. n. 82079 del 30.06.2022 e della consegna dei lavori avvenuta in data 07.09.2022. Durante l'esecuzione dei lavori sono emerse delle difficoltà tecniche – finanziarie

dell'appaltatore conseguenti all'incremento dei prezzi dei materiali ed nonché al reperimento delle materie prime per le note congiunture nazionali (Bonus edilizia) ed internazionali (conflitto Russia Ucraina) che si sta traducendo in rallentamenti nei crono programmi di lavori. E' in corso l'emissione dell'ordinativo 2° per il Presidio di Cervia. I lavori saranno terminati entro il 30.09.2023 ed entro il 31.12.2023 saranno concluse le procedure amministrative – contabili per la richiesta liquidazione a saldo somme a fronte di spese sostenute.

#### H.38 - Brisighella, adeguamento funzionale ex Ospedale

L'intervento principale è concluso e collaudato. L'intervento complementare "Lavori di rimodulazione del Presidio di Brisighella ad uso residenza psichiatrica, nucleo delle cure primarie e attività ambulatoriali da realizzarsi con economie intervento H38" sono complessivamente terminati entro il 31.12.2022 a meno della sostituzione/posa in opera di alcuni elementi che, causa la difficile congiuntura in corso, hanno subito ritardi nella fornitura, dette mancanze puntuali saranno sanate presumibilmente entro aprile 2023, e comunque non inficiano l'utilizzo della struttura che è stata riconsegnata in toto all'uso. Si provvederà quanto prima alla richiesta delle somme di liquidazione a saldo a fronte delle spese sostenute.

### **IV fase, 2° stralcio Accordo di programma 2013**

#### AP.67 - Opere di miglioramento strutturale ed impiantistico dell'Ospedale di Cesena

L'intervento principale è concluso. E' stato presentato in RER al GTV il 13/12/2022 l'intervento complementare finanziato con le economie, intervento per esigenze di opere migliorative collegate al progetto originario. Con DGR n. 2711 del 09.02.2023 è stato approvato il progetto complementare AP 67: Lavori di potenziamento della centrale frigorifera del presidio ospedaliero "M. Bufalini" di Cesena. Si prevede la fine dei lavori e l'attivazione il 30.09.2023 (tempi dilatati in conseguenza della difficoltà di reperimento dei macchinari).

#### AP.57 bis - Ampliamento e ristrutturazione Presidio Ospedaliero Faenza

Intervento in corso. A seguito della interruzione dei lavori la data di fine lavori è stata rideterminata: Prima interruzione dei lavori dal 31/03/2020 al 21/05/2020 (gg 20) dovuta al dilagare della pandemia COVID 19. La seconda interruzione dal 25/02/2021 al 07/12/2021 (gg 285) è dovuta ai ritrovamenti archeologici ara di sedime nuova scala Muratori. La terza interruzione dal 06/09/2022 al 12/10/2022 (gg 40) è dovuta ai ritrovamenti archeologici ara di sedime nuova scala Magnolia. Inoltre si prevedono ulteriori 90gg di proroga che deriva dalle maggiori lavorazioni conseguenti anche alle due ultime interruzioni che non hanno riguardato la totalità dei lavori, ma comunque hanno avuto un effetto impattante sulle lavorazioni principali. I giorni di dilazione complessivi sono 435 naturali e consecutivi che portano al nuovo termine contrattuale al 10/06/2024.

### **Accordo di Programma Integrativo Addendum 2016**

#### APB.24 - Adeguamento blocchi operativi e dotazione tecnologica

Ultimo lotto in corso (composto da quattro lotti). Fine lavori prevista il 27.08.2023. In relazione all'attuale contesto del mercato, si ritiene probabile una proroga di tale data sia a causa della



difficoltà di reperimento di alcuni materiali sia per le difficoltà economico/finanziarie e di reperimento di personale specializzato che l'appaltatore sta manifestando.

### **Interventi prevenzione incendi**

Gli interventi di adeguamento alla prevenzione incendi trovano collocazione all'interno delle aree di intervento di ristrutturazione ed adeguamento funzionale e normativo e di miglioramento strutturale ed impiantistico, al fine di realizzare un ulteriore passo verso l'adeguamento complessivo dei presidi.

Sono attualmente in corso gli interventi di adeguamento degli ospedali alla regola di prevenzione incendi completamento 2° step, ai quali è stato assegnato uno specifico finanziamento di cui alla DGR n. 1902/2019 "Sostegno ai piani investimento".

E' inoltre in corso la progettazione degli interventi di adeguamento alla regola di prevenzione incendi strettamente complementari a:

- interventi strutturali presidi ospedalieri e territoriali (H36);
- impianti di rilevazione incendi e diffusione sonora presidi ospedalieri - Ravenna (H37) che in conformità alle indicazioni regionali di cui alla nota PG/2008/306271 del 19.12.2008 dovrà essere presentato al GT Regionale.

In congruità con le disponibilità economiche del piano investimenti i lavori di adeguamento alla regola tecnica di prevenzione incendi proseguiranno nel biennio 2022-2023.

### **Interventi di potenziamento delle strutture territoriali Case della Salute e OsCo**

È in corso la programmazione degli interventi di potenziamento delle strutture territoriali Casa della Salute di grandi, medie, piccole dimensioni sull'intero territorio aziendale, la cui attuazione è in linea con le risorse finanziarie previste dal Fondo Unione Europea.

### **Grandi tecnologie**

La necessità di garantire adeguati livelli di performance e sicurezza delle tecnologie biomediche, al pari degli altri dispositivi medici, ha portato alla definizione di regole sempre più stringenti per la loro certificazione, andando a modificare sostanzialmente quanto in precedenza definito dalle Direttive MMD e MDR.

L'Ausl Romagna, visto l'entrata in vigore dei regolamenti DoA MDR: 26 Maggio 2021 - DoA IVDR: 26 Maggio 2022, attraverso i propri servizi dedicati ha posto particolare attenzione a valutare il parco del Software con destinazione Sanitaria e la sua compliance con i nuovi regolamenti, definendo eventuali necessarie strategie per la sostituzione e/o aggiornamento.

Nel corso del 2022 sono proseguiti gli interventi di potenziamento previsti dal Decreto Rilancio n. 34 del 19 Maggio 2022. Al 31/12 2022 risultano conclusi tutti gli ordini delle attrezzature con l'eccezione di quelle degli interventi relativi al PS e alla TI di Ravenna in cui la fine dei lavori di ristrutturazione è prevista per il 31/12/2024.

Si conferma l'avvenuta distribuzione delle apparecchiature ricevute in maniera definitiva, dopo l'emergenza.



Si stanno acquisendo ed installando le tecnologie previste nella Missione 6 del PNRR secondo il tempogramma concordato e si sta tenendo puntualmente aggiornato il portale Regis.

Il tempogramma è comunque condizionato dalle procedure di gara dalla centrale di acquisto Consip e Intercenter.

Non sono previste acquisizioni di apparecchiature per l'Ausl della Romagna con l'art. 20 L. 67/88.

Il lavoro di rilascio di nuove codifiche GAAC è costantemente portato avanti.

Tutte le apparecchiature di elevato impatto tecnologico ed economico sono state acquisite in seguito ad approvazione dell'istruttoria presentata in gruppo tecnico regionale

### **Interventi di valorizzazione del patrimonio aziendale**

Per quanto attiene gli investimenti, sul versante delle *"politiche di valorizzazione del patrimonio"* le principali azioni si sono concretizzate attraverso alcune intese con Amministrazioni Locali avviate nel corso di questi ultimi anni, tra queste ricordiamo l'accordo di programma con l'Amministrazione di Cesenatico e con l'Amministrazione di Rimini.

Sono in corso e si confermano inoltre le intese con le amministrazioni Locali dei comuni di Ravenna, Lugo, Riccione, Morciano, Bellaria-Igea Marina, tutto ciò in ordine alla prospettiva di trovare risorse finanziarie utili agli investimenti strutturali, politica portata avanti anche a riguardo delle dismissioni di vecchie sedi e locazioni, con l'obiettivo di realizzare o locare sedi più idonee ai nuovi e moderni standards sanitari. In questo contesto si calano anche le opportunità legate alla individuazione di aree necessarie per la costruzione di Nuove Case della Salute nei vari ambiti.

### **Azioni per lo sviluppo sostenibile**

Per quanto concerne l'area dello sviluppo sostenibile:

- sono proseguiti gli interventi previsti dal *Piano Energetico Aziendale* cofinanziati dai fondi europei POR-FESR e da fondi statali e/o regionali, compresa la relativa rendicontazione. Allo stato attuale risultano completati gli interventi di riqualificazione energetica di sette sedi aziendali di media dimensione;
- sempre relativamente agli interventi inseriti all'interno del Piano Energetico Aziendale, sono stati inoltre avviati i lavori di efficientamento POR FESR - Gruppo 2 - 3 - 4 - Pompe di calore - cogenerazione – fotovoltaico, che riguardano altre 15 sedi aziendali.

### **Gestione ambientale**

L'Azienda ha proseguito nel lavoro di adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla corretta gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017.

Ha inoltre assicurato il monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, mobilità sostenibile e gestione dei rifiuti sanitari e la costante e proattiva partecipazione ai gruppi regionali in materia.

Nello specifico:

- è stata garantita l'alimentazione degli sharepoint regionali energia, sismica e prevenzione incendi nei tempi previsti, anche grazie al monitoraggio puntuale dei dati;
- è stata assicurata la presenza di elementi migliorativi rispetto ai Criteri Ambientali Minimi nei bandi di lavori/servizi di progettazione con offerta economicamente più vantaggiosa, con l'attivazione di riqualificazioni energetiche su centrali termiche, illuminazione LED e impianti fotovoltaici;
- Sono state eseguite azioni di periodica sensibilizzazione ai dipendenti in tema di uso razionale delle risorse;
- è stato completato un intervento di relamping LED nei sei principali presidi ospedalieri (oltre 10.000 corpi illuminanti sostituiti). Sono inoltre state realizzate numerose migliorie energetiche previste nell'appalto di manutenzione a cura dell'Appaltatore;
- è stata privilegiata l'acquisizione di vetture elettriche per la composizione del parco auto aziendale.

### **Gestione dei rifiuti**

L'azienda opera da diversi anni verso la direzione di implementare azioni e favorire comportamenti volti a sostenere l'ambiente e a contrastare il degrado climatico. A tal proposito, sono attivi dal 2019 specifici incarichi di Energy Manager ed Eco Manager per la definizione delle corrette politiche ed iniziative in direzione della sostenibilità ambientale

In tema di gestione dei rifiuti, i principali risultati raggiunti riguardano:

- sostituzione della posateria in plastica (in uso durante il periodo covid) con posateria compostabile;
- installazione in mensa di Forlì e Ravenna/Faenza/Lugo di erogatori di acqua sanificata per l'eliminazione di bottiglie di acqua in plastica (- 3,5 tonn/anno di plastica);
- eliminazione dei contenitori monodose in plastica del parmigiano dalle mense (-130 kg/anno di plastica);
- sostituzione graduale di carta bianca con carta riciclata (circa 20% di carta bianca è sostituita ora da carta riciclata);
- percorso vetro avviato a riciclo su Ravenna, Cesena, Novafeltria (sugli altri territori era già così);
- rifiuti metallici e ingombranti sono avviati al riciclo (circa 100 tonn/anno di metallo dirottate al riciclo).

#### **7.2.1. Indicatori Regionali di Valutazione Performance degli investimenti**

La tabella sottostante evidenzia performance sostanzialmente in linea coi risultati attesi in sede di programmazione e nel rispetto della disponibilità di risorse.

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2020</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2021</b>	<b>Valore Ausl Romagna 2022</b>	<b>Valore Regionale 2022</b>	<b>Valutazione performance 2022</b>	<b>Target atteso 2021-2023</b>
Rispetto del Piano investimenti	0,8	0,82	<b>0,77</b>	-	Indicatore in osservazione	
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	36	55	<b>56</b>	-	Indicatore in osservazione	
Investimenti in tecnologie informatiche	1,47	0,7	<b>0,5</b>	-	Indicatore in osservazione	

## 8. Collegamento con altri piani e documenti

### **Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)**

Il D.Lgs. n. 33/2013 all'art. 44 richiede *“la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori”*. Ad ottemperanza della suddetta normativa, nel 2022 gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati assicurati dando attuazione, attraverso la rete dei referenti aziendali, alle misure di prevenzione con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, presidiandone la realizzazione ed il mantenimento attraverso le azioni di monitoraggio previste e rendicontate nel PTPCT, applicando quanto stabilito dalla normativa nazionale, regionale e dalle disposizioni di ANAC. Maggiori dettagli sono rinvenibili al paragrafo 5.4 della presente relazione.

### **Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)**

In riferimento al Piano Organizzativo su Lavoro Agile, l'Azienda, di concerto con le organizzazioni sindacali ed a seguito di una precisa mappatura delle attività eseguibili in forma agile, è giunta alla definizione ed applicazione a partire dal 01.11.2021 del nuovo regolamento aziendale per l'accesso al lavoro agile in modalità ordinaria, che consente a tutti i dipendenti che ne fanno richiesta di poter usufruire dello smartworking per il 20% del monte orario mappato. Maggiori dettagli sono rinvenibili al paragrafo 5.3 della presente relazione.

### **Piano Triennale Fabbisogni Personale (PTFP)**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale è uno strumento di programmazione predisposto in coerenza con i contenuti della programmazione regionale e del Piano della Performance Aziendale. L'Azienda ha provveduto all'approvazione del PTFP 2022/2024, definito nel rispetto delle indicazioni fornite dai competenti organi regionali, attraverso deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 20 dicembre 2022. Maggiori dettagli sono rinvenibili al paragrafo 7.1 della presente relazione.

### **Piano Triennale Azioni Positive**

Ai sensi dell'art. 48 del D.lgs. n. 198 del 2006 le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare Il Piano delle Azioni Positive al fine di assicurare, nel loro rispettivo ambito, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

Il Piano delle Azioni Positive dell'Azienda Usl della Romagna nasce dalla proposta del Comitato Unico di Garanzia ed è mirato ad introdurre obiettivi e azioni positive all'interno del contesto lavorativo per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disuguaglianza di genere, al contrasto rispetto a ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere organizzativo.

Rispetto agli obiettivi declinati nel Piano, L'azienda nel corso del 2022:

- ha portato a regime l'applicazione del regolamento transitorio aziendale sul lavoro agile per l'avvio dello smart working in modalità ordinaria, in superamento della modalità straordinaria legata al contesto pandemico. Ciò ha consentito a tutti i dipendenti mappati che ne fanno richiesta di poter usufruire dello smart working per il 20% del monte ore;
- ha partecipato all'evento organizzato dalla Regione Emilia-Romagna *"Laboratorio formativo Medicina di Genere"*, che si è svolto il 20 dicembre 2022.

Maggiori dettagli sono rinvenibili al paragrafo 7.1 della presente relazione

## 9. Conclusioni

Nei vari capitoli del presente documento abbiamo reso conto delle azioni e degli interventi realizzati per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Programmazione Annuale Regionale e più in generale degli obiettivi di salute in capo a questa Azienda che trovano declinazione nel Piano delle Performance 2021-2023.

La Sanità romagnola ha confermato di possedere validi strumenti di proattività e flessibilità, riuscendo a garantire una buona capacità produttiva (anche attraverso la valorizzazione del ruolo integrato dei produttori privati nella risposta al fabbisogno locale) ed il mantenimento di adeguati standard quali/quantitativi, sia in ambito clinico che in area amministrativa e gestionale.

Anche l'analisi degli indicatori individuati dalla Regione Emilia-Romagna - quali elementi su cui valutare in maniera omogenea le performance conseguite dalle Aziende del territorio regionale - mostrano una situazione che può definirsi positiva per l'Azienda USL della Romagna per la maggior parte dei settori cui si riferiscono. A tal proposito, per una visione complessiva dei risultati conseguiti dall'Azienda USL della Romagna, in calce a ciascun capitolo trattante le dimensioni della performance è stata riportata la sintesi delle valutazioni regionali scaricate dal portale InsidER il 23.06.2023 con la performance realizzata nel 2022 a confronto con i due anni precedenti ed il dato regionale di pari periodo.

Le analisi dei dati confermano i positivi risultati relativi al riallineamento dei volumi di attività e al rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici (oncologici in primis).

Intensi sforzi organizzativi e progettuali sono stati indirizzati verso il potenziamento ed efficientamento di tutto il percorso chirurgico, degli slot operatori e dei percorsi pre e post che si sono concretizzati con la definizione del progetto "Assetto organizzativo chirurgie generali" approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 104 del 29.03.2022.

I punti maggiormente critici da segnalare sull'area dell'accesso riguardano gli indicatori sui tempi di attesa ex-post per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica nelle classi di priorità D e B, su cui occorre determinare ulteriori correttivi per superare le carenze dotazionali e per inseguire un riallineamento delle performance almeno ai valori medi regionali.

Sul versante del consumo di risorse l'analisi aziendale evidenzia rispetto al 2021:

un incremento della spesa farmaceutica convenzionata del 3,65% (a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 1,4%). Tale incremento, nonostante le diverse azioni di appropriatezza prescrittiva intraprese, è legato prevalentemente alla rimodulazione dei canali distributivi del farmaco. Si osserva comunque che la spesa farmaceutica convenzionata procapite pesata rimane più bassa rispetto alla media RER (€ 107,45 vs € 108,36) e anche la spesa farmaceutica territoriale procapite pesata, comprensiva della remunerazione DPC, è significativamente più bassa della media RER (€ 182,14 vs € 185,5);

un incremento per l'acquisto ospedaliero di farmaci dell'8% (a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 6,2%). Le classi di farmaci che hanno determinato tale maggior spesa rispetto all'obiettivo assegnato sono: MALATTIE RARE, NUOVI ANTIDIABETICI, FARMACI PER HIV, FARMACI

PER LA SCLEROSI MULTIPLA, ONCOLOGICI NON INNOVATIVI, NAO, DUPILUMAB PER LE INDICAZIONI NON INNOVATIVE, EMODERIVATI.

Il completamento di tutti gli interventi strutturali previsti nel Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, il miglioramento complessivo dell'accesso e dei percorsi in emergenza-urgenza, il consolidamento delle buone performance raggiunte, la continua ricerca dell'appropriatezza organizzativa e clinica e dell'equità nell'accesso ai servizi, oltre al superamento delle criticità che ancora permangono, saranno al centro della programmazione per l'anno 2023.

Si confermano, come ulteriori elementi di assoluta priorità e in coerenza con i progetti previsti dal PNRR, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, la riduzione dell'ospedalizzazione per patologie croniche e il consolidamento di percorsi strutturati che facilitino la presa in carico condivisa e continua e la transizione del paziente verso il setting assistenziale più appropriato.

Si tratta di temi da affrontare anche attraverso il lavoro di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari che coinvolgono sia l'ospedale sia il territorio, per creare percorsi che siano in grado di rispondere ai bisogni della popolazione assistita in maniera proattiva e coordinata, con il paziente al centro del sistema ed i servizi in grado di orientarlo e prenderlo in carico in toto rispetto alle sue necessità.

Sul versante dell'Area Amministrativa e Tecnica, oltre alla tempestiva e congrua definizione della programmazione annuale in tema di manutenzioni ed investimenti, politiche del personale, regolamentazione del lavoro agile, gestione dell'area acquisti e logistica dei beni per garantire sempre maggiore trasparenza dei percorsi e precisa definizione dei fabbisogni, regolazione dei rapporti con i produttori privati, normativa in materia di trasparenza, anticorruzione e protezione dei dati personali, nel 2023 avranno prioritaria rilevanza le attività necessarie all'implementazione e realizzazione dei progetti del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**.

Da ultimo, ma non meno importante per rispondere alle necessità e alle criticità evidenziate, diventa obiettivo di assoluta rilevanza la realizzazione degli interventi nell'ambito dell'informatizzazione e della digitalizzazione legati al **"Progetto Sanità Digitale Romagna"** che si pone nell'intento di realizzare:

- un Sistema Sanitario pervasivo e distribuito equamente presente e accessibile in ospedale, nel territorio, al domicilio;
- un processo per l'inclusività di cittadini, pazienti, caregiver coinvolti nei percorsi di cura, ma anche per i soggetti erogatori, i provider e i decisori coinvolti nelle valutazioni di merito e qualità realizzato attraverso la tecnologia informatica;
- una trasformazione digitale *human-oriented*, nella quale l'evoluzione tecnologica è profondamente guidata dall'esperienza umana dei professionisti coinvolti nell'erogazione delle cure, le tecnologie possono adattarsi all'utilizzo, le competenze guidano lo sviluppo degli strumenti e la trasformazione viene assicurata all'interno di un processo di miglioramento senza rimanere fine a sé stessa;
- un modello di innovazione e trasformazione digitale che, attraverso la diffusione dell'utilizzo dell'*Internet of (Medical) Things* in ottica mondo 4.0, abiliti nuove forme di interazione tra i



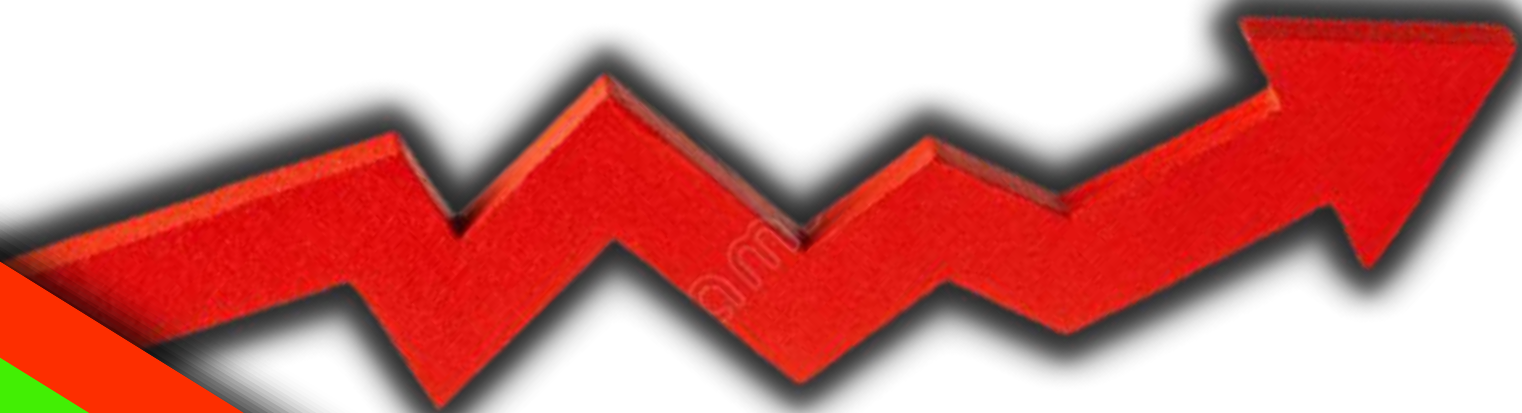
diversi soggetti e oggetti coinvolti nei processi socio-sanitari e in particolare rappresenti una leva per la realizzazione applicata al caso reale e incrementale dell'idea di gemelli digitali (Digital Twin) e di redistribuzione dei servizi sanitari nei diversi territori della Romagna.

## 10. Allegati

Alla presente Relazione sulla Performance è allegata la *“Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale”* (che correda la Relazione sulla Gestione a completamento del Bilancio di Esercizio 2022 dell’AUSL della Romagna).

Il documento contiene tutte le informazioni relative alle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR n. 1772/2022.





Insieme, *sulle vie della cura*