

# ***Relazione sulla Performance 2022 - Allegato 1***

## ***Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1772/2022)***

La Programmazione per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022 trova declinazione nella Delibera di Giunta Regionale n. 1772 del 24.10.2022, con la quale l'Assessorato alle Politiche per la Salute ha formalizzato le linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno di riferimento.

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nell'Allegato B della già citata DGR 1772/2022, avente oggetto "Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2022", è stata curata sulla base di periodiche valutazioni dell'andamento delle attività e della misurazione a consuntivo degli indicatori preposti da parte dai deputati servizi aziendali.

Si precisa inoltre che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell'Allegato B della DGR 1772/2022.

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

<b>1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018</b>
--

<b>1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione</b>
---

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 Intersectorialità 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 PL 20 Stili di Vita: dalla Promozione alla presa in carico.

Per i programmi a più elevata complessità (PL 11, PL 12, PP1 e PL 20) 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.

**Indicatori e target:**

***Contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022***

Per l'anno 2022 sono stati raggiunti gli indicatori previsti per il livello Locale, come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24.01.2022, in relazione agli standard di accettabilità.

***1.1.2. Legge Regionale n. 19/2018 "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.

**Indicatori e target:**

Per l'anno 2022 sono stati raggiunti gli indicatori previsti per il livello Locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24.01.2022.

***1.2. Sanità Pubblica***

### **1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi**

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.

#### **Indicatori e target:**

#### ***Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2022) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; target $\geq 95\%$ al marzo 2023***

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.

#### ***Realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate; target $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2023***

È stato ottenuto nei tre ambiti il pieno soddisfacimento delle interviste PASSI programmate (100% al 28 febbraio 2023).

#### ***Realizzazione delle interviste PASSI D'ARGENTO programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI D'ARGENTO realizzate/interviste PASSI D'ARGENTO programmate; target $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2023***

È stato ottenuto nei tre ambiti il pieno soddisfacimento delle interviste PASSI D'ARGENTO programmate (100% al 28 febbraio 2023).

#### ***Implementazione della base dati del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna aggiornati al 31/12/2019, garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità; target: SI'***

La qualità degli inserimenti è garantita localmente attraverso la verifica della corrispondenza del codice inserito con le patologie riportate sulla scheda ISTAT.

### **1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**

#### **Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie**

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.

#### **Indicatori e target:**

***n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%***

Nel periodo di sorveglianza potenziata (01.05.2022-31.10.2022) sono stati notificati 7 casi di segnalazioni sospette, tutti regolarmente testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM e tutti inseriti nel sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive).

#### **Malattie trasmesse dagli alimenti**

A dicembre 2021 è stata approvata la revisione della Procedura Dipartimentale sulla Gestione degli episodi di malattie trasmesse dagli alimenti del Dipartimento di Sanità Pubblica (PD03 - Rev1 del 28 dicembre 2021). Nel corso del 2022 è stata organizzata dalla Regione Emilia Romagna una formazione sulla gestione dei focolai diffusi di malattie trasmesse dagli alimenti a cui hanno partecipato complessivamente 24 operatori del DSP. Sono stati nominati il Referente dipartimentale sui focolai diffusi di MTA e il suo sostituto ed è stato istituito il Programma trasversale sulla sicurezza alimentare. Sono stati individuati per ogni unità operativa di igiene pubblica, igiene degli alimenti e della nutrizione e per le UO veterinarie i referenti per la gestione delle MTA. Nel corso del 2023 verrà predisposta una nuova revisione della procedura che contenga la descrizione del modello gestionale dei focolai diffusi di MTA per l'Ausl Romagna.

#### **Flussi informativi Covid**

Nel corso del 2022 si sono mantenute le azioni previste dalle norme nazionali e regionali in vigore per la gestione dei casi di Covid19 e dei loro contatti. Il sistema si è adattato all'evolversi dello scenario e ai progressivi allentamenti delle misure restrittive pur mantenendo capacità di lettura dei fenomeni, con particolare attenzione ai focolai in strutture sensibili (strutture residenziali per anziani e disabili).

Inoltre, è stato predisposto e deliberato un Piano operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, in accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale e Regionale.

## **Percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili**

### **Indicatori e target:**

***Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico- terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST); target: 100%***

È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da referenti di malattie infettive, ginecologia, microbiologia, dermatologia e igiene pubblica che è giunto alla definizione e pubblicazione della PA267 PERCORSO IST Prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle Infezioni Sessualmente Trasmesse rev. 00 del 02.08.2022.

### **1.2.3. Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio legge 119/2017**

#### **Implementazione vaccinazioni dei minori**

In attesa della pubblicazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), la proposta vaccinale pediatrica si realizza nel rispetto delle indicazioni del PNPV 2017-19 recepite dal PRPV 2017-19, attraverso una chiamata attiva (e un sollecito in caso di mancata adesione) delle famiglie dei minori al compimento dell'età target, secondo le tempistiche previste dal calendario regionale rinvenibile al seguente link (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/vaccinazioni/vaccinazioni-per-target-diversi/vaccinazioni-per-bambini-e-adolescenti/il-calendario-vaccinale-pediatrico>).

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.

### **Indicatore e target:**

***NSG-P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); target >95%***

***NSG-P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR); target >95%***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

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 (Morbillo, 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 Influenzae 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%).

***Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazzi della coorte di nascita 2010: obiettivo >60%***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

Gli ultimi dati disponibili su InsidER riguardano la coorte dei ragazzi nati nel 2008 che ha visto una percentuale di vaccinati pari al 54,9% (la coorte dell'anno precedente si era attestata al 37,8%), con andamenti tuttavia disomogenei e quindi richiedenti azioni correttive in alcuni distretti (in particolare Riccione, Rimini e Forlì che presentano percentuali di copertura inferiori al 50%).

**Implementazione vaccinazioni degli 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.

**Indicatore e target:**

***Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni: obiettivo  $\geq 55\%$ .***

I dati sull'adesione alla vaccinazione antipneumococco nei 65enni nel corso del 2022 è pari al 37% [Rendicontazione aziendale].

***Creazione di un documento organizzativo aziendale atto al recepimento della DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale: target 100***

Il lavoro si svilupperà nel corso del 2023 a seguito di emanazione della DGR attuativa da parte della Regione.

***Creazione documento aziendale per un piano di recupero delle coperture e/o delle prestazioni vaccinali (vaccini del calendario pediatrico) e per l'adulto la vaccinazione contro Herpes zoster. Target: 100%***

Le chiamate relative alle vaccinazioni pediatriche sono tornate a regime ed in linea con il calendario.

Rispetto agli adulti, i servizi di Igiene Pubblica hanno predisposto e messo in atto il piano di recupero per le vaccinazioni contro l'Herpes Zoster con chiamata attiva chiamata dei nati nel 1955, 1956 e 1957.

***Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT: target: presenza di warning <0,2%***

Dato in monitoraggio alla data del 25.04.2023.

**1.2.4. Programmi di screening oncologici**

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%	-

Screening mammografico			Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard						
Garantire la presa in carico entro 60 giorni dei casi con mammografia positiva	>= 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.

#### **Indicatore e target**

**INDICATORE NSG-P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato. Target: per cervice uterina e colon retto: valore accettabile  $\geq 50\%$ ; per mammella valore accettabile  $\geq 60\%$**

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

Dall'analisi delle Schede Puntuali dell'anno 2022, che possono essere considerate un proxy dell'indicatore NSG, i dati di adesione agli screening relativi all'AUSL della Romagna riportano le seguenti performance:

- Screening cervicale = 63,7% [valore ottimale]
- Screening mammografico = 75,4% [valore ottimale]
- Screening colon-retto = 50,4% [valore accettabile].

Nel complesso, oltre ad aver assicurato la corretta progressione degli inviti nella popolazione per tutti i tre programmi in ogni ambito territoriale dell'Ausl della Romagna, si rileva un'adesione, che se per lo screening mammografico si pone stabilmente sopra allo standard desiderabile in tutti gli ambiti, è più eterogenea negli altri percorsi, confermando l'urgenza di un rilancio della campagna di sensibilizzazione soprattutto per il percorso colon retto.

#### **1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita**

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.

#### **Indicatori e target:**

**% aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo:  $\geq 7,5\%$  delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo**

L'obiettivo è stato raggiunto in quanto nel corso dell'anno è stato ispezionato l'8,4% delle unità locali esistenti, grazie anche al contributo dell'U.O. Sicurezza Impiantistica e Antinfortunistica, che ha superato il previsto apporto del 10% delle Unità locali complessivamente controllate. Si aggiunge che non si è fatto ricorso, se non in maniera minima, alla vigilanza senza accesso ispettivo, limitandosi ad un numero di sole 36 aziende sulle possibili 427 consentite dalle linee di indirizzo regionali.

***n. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08): >= 15%***

Il Piano Regionale Amianto è stato pienamente realizzato con le seguenti azioni:

- accoglimento di tutte le richieste degli ex esposti ad amianto di assistenza informativa e sanitaria, con le modalità previste dalla specifica DGR regionale, alimentando conseguentemente i flussi verso lo specifico Centro Operativo Regionale (COR)
- promozione della micro raccolta di MCA attraverso punti di ricevimento e assistenza specifici distribuiti nel territorio
- vigilanza sui cantieri di rimozione amianto, attraverso il controllo del 26,6% dei cantieri su cui è stato definito un piano di rimozione.

***Attivazione a livello locale dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione con realizzazione di almeno 4 iniziative di coinvolgimento delle unità produttive (incontro/seminario/convegno)***

Per quanto riguarda le azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione, le UO PSAL e la UO SIA hanno costantemente partecipato ai lavori di tutti i gruppi regionali, contribuendo sensibilmente e concretamente alla predisposizione delle Buone Pratiche previste dai Programmi Predefiniti nell'ambito dei Piani Mirati di Prevenzione e dei sistemi di autocontrollo condivisi per le aziende. Va altresì sottolineato che cinque gruppi regionali istituiti con il PRP (edilizia, macchine, infortuni stradali, rischio biomeccanico e stress lavoro correlato) sono coordinati da operatori delle UO PSAL e della UO SIA dell'Azienda USL della Romagna, così come sono operatori UO PSAL Romagna il referente regionale per l'attuazione del Piano Regionale Amianto e il Coordinatore del Gruppo nazionale prevenzione dei tumori professionali previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione e il membro presso il MIMIT del Gruppo Direttiva Macchine. Si sono anche tenute iniziative locali per il coinvolgimento delle attività produttive nelle azioni del Piano regionale della Prevenzione (incontri/seminari/convegni), che proseguiranno nel 2023 come previsto dal PRP, nello specifico:

- In data 9/6/2022 si è tenuto a Ravenna un incontro tra UOPSAL e Presidente e funzionari di Coldiretti Ravenna in cui è stato presentato il percorso definito dal PRP per la definizione di buone pratiche in sorveglianza sanitaria nel settore agricolo ed è stato siglato un accordo per fornire assistenza su questo tema, con particolare riferimento al personale avventizio;
- In data 16/12/2022 è stato tenuto un seminario UOSIA e UOPSAL sul Progetto "Sicurezza di macchine, attrezzature e impianti per la prevenzione degli infortuni" nel contesto del Programma Predefinito PP6, mirato alla presentazione agli stakeholders (circa 20 Associazioni) della Buona Pratica "Valutazione dei principali requisiti di sicurezza delle macchine marcate CE e dei rischi all'inserimento nel ciclo produttivo"
- In data 14/12/2022 è stata svolta un'iniziativa mediante videoconferenza (Piano Mirato sulla prevenzione del rischio stress lavoro correlato all'interno del PP8) rivolta a 43 soggetti gestori CRA sociale sul tema "Promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani, anche per contrastare possibili violenze e aggressioni"
- In data 14/12/2022 è stata svolta un'iniziativa mediante videoconferenza (Piano Mirato sulla prevenzione delle malattie muscoloscheletriche all'interno del PP8) rivolta a 18 soggetti gestori dei servizi di assistenza domiciliare sociale sul tema: "Individuazione di buone pratiche per la valutazione del rischio e l'adozione di soluzioni per la riduzione del sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti."

**INDICATORE NSG-P07C - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente: target: riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente**

Relativamente alla variazione delle denunce di infortunio sul lavoro, al momento della rilevazione, sono disponibili per il 2022 solo dati regionali relativi agli occupati dei primi 3 trimestri e senza suddivisione provinciale. Nel calcolo del tasso per il 2022 si è pertanto utilizzato quale denominatore il numero di occupati del 2021.

Gli infortuni denunciati per il 2022 sono stati ricavati dai dati mensili pubblicati il 31 gennaio 2023 che riassumono i mesi gennaio-dicembre 2022. Gli infortuni denunciati nel periodo 2019-2021 sono ricavati dai dati semestrali consolidati. I dati mensili, che sono gli unici dati disponibili per il 2022, possono essere sovrastimati rispetto ai dati semestrali, perché includono tutte le denunce senza alcun controllo amministrativo e potrebbero includere anche denunce doppie o denunce di attività non assicurate che non vengono conteggiate successivamente.

Gli indicatori risentono dell'impatto dei lockdown del 2020 e del 2021 che hanno ridotto fortemente gli infortuni, ma in maniera diseguale fra le province, a seconda della maggiore o minore presenza delle aziende alle quali era consentito continuare l'attività. Questi due anni sono preponderanti nel calcolo dei valori del triennio con cui va confrontato il 2022.

La differenza tra il tasso di frequenza di infortunio sul lavoro del 2022 e il tasso medio del triennio precedente riporta, sulla base di quanto premesso, questi valori su base provinciale:

- per la provincia di Forlì-Cesena 7,8%;
- per la provincia di Ravenna 3,0%;
- per la provincia di Rimini 5,5%.

La variazione totale per l'Ausl Romagna è stata pari al 5,5%, a fronte di un 6,3% per la Regione Emilia-Romagna.

**1.2.6. Strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio-sanitarie**

Premesso che anche durante il 2022 le attività del Dipartimento di verifica dei requisiti delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e sociosanitarie hanno risentito del perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 e che solo a partire da Aprile 2022 il Dipartimento è riuscito ad avviare un graduale ritorno alle attività ordinarie, si può affermare in generale che sono state garantite tutte le attività su domanda e parzialmente le attività di vigilanza programmate.

Il DSP dell'Azienda Usl della Romagna:

- ha garantito il funzionamento delle Commissioni per l'autorizzazione delle Strutture Sanitarie ed ha operato una radicale riorganizzazione della stessa. Infatti, durante il 2022 si è proceduto a nominare una unica Commissione a valenza Aziendale, non più organizzata in 4 distinti gruppi di lavoro per ambito territoriale, allo scopo di migliorarne l'operatività favorendo la partecipazione a ciascuna seduta istruttoria di tutte le competenze necessarie. In ogni caso le Commissioni per l'autorizzazione delle Strutture Sanitarie a valenza territoriale prima e la Commissione Aziendale poi, sono state attivate periodicamente onde consentire un corretto funzionamento e l'osservanza dei tempi previsti al rilascio dei pareri di competenza, obiettivo raggiunto completamente. E' stato assicurato il funzionamento delle Commissioni Dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture socio assistenziali e socio assistenziali e si sono garantiti i tempi previsti del procedimento amministrativo. Nell'anno 2022 sono state convocate numero 22 commissioni per esame delle domande di autorizzazione al funzionamento di strutture sanitarie e numero 81 controlli del gruppo ispettivo per rilascio autorizzazioni. Sono state convocate 8 commissioni per esame delle domande di autorizzazione al funzionamento di strutture per anziani e disabili sanitarie e numero 23 controlli del gruppo ispettivo per rilascio autorizzazioni, 9 commissioni per esame delle domande di

autorizzazione al funzionamento di strutture per minori e numero 8 controlli del gruppo ispettivo per rilascio autorizzazioni.

- come premesso le attività di vigilanza su programma su Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e assistenziali comprese le strutture con massimo 6 posti letto, hanno risentito maggiormente per un ritorno a regime, anche per carenza di risorse (carenza cronica personale medico). Si è provveduto, in tal senso, ad organizzare un corso di formazione Aziendale a titolo “ Commissioni strutture sanitarie, socio-assistenziali e minori: ruolo del DSP nel percorso autorizzativo” della durata di due giorni. Comunque è stata garantita la vigilanza a seguito di segnalazioni/esposti e la collaborazione quando richiesta da altre istituzioni (es. Nas). Nell’anno 2022 si sono effettuati: numero 9 controlli su programma in strutture autorizzate non accreditate per anziani e disabili, numero 33 controlli su programma delle strutture residenziali accreditate per anziani e disabili, numero 30 Controlli su programma Case famiglia e Gruppi appartamento per anziani, disabili e disagio psico-sociale e numero 3 controlli su programma comunità per minori. Inoltre sono stati effettuati numero 58 verifiche sulle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali e sulle comunità per minori a seguito di segnalazione. Rispetto alla vigilanza su programma delle strutture sanitarie sono stati effettuati numero 2 controlli su ospedali privati, numero 3 controlli presso poliambulatori e numero 3 controlli presso studi e ambulatori odontoiatrici.
- l’aggiornamento dell’Anagrafe regionale delle strutture autorizzate è stato costante.

#### **Indicatori e Target**

##### ***Implementazione e aggiornamento dell’anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie: target 100% delle strutture autorizzate/anno.***

L’implementazione e l’aggiornamento dell’Anagrafe Regionale è stato garantito al 100%.

##### ***% partecipazione dei referenti aziendali a riunioni di coordinamento delle Commissioni per l’autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19; target: >= 90%***

Il referente Aziendale ha partecipato costantemente alle riunioni di Coordinamento Intra ed Extra dipartimentale e Aziendale con una percentuale oltre al 90% delle riunioni di coordinamento delle Commissioni per l’autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19.

#### **1.3. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**

##### **Piano Regionale Integrato**

Nell’ambito della sicurezza alimentare particolare attenzione viene posta al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato, le cui azioni sono state condotte anche nel 2022 secondo la programmazione prevista.

##### **Indicatori e target:**

##### ***% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo: 100% - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), regionali (SEER) e rendicontazioni annuali dalle AUSL***

I piani di lavoro delle UUOO dei servizi SIAN e Veterinari sono stati sottoposti a revisione per renderli conformi alle disposizioni contenute nel nuovo Piano Regionale Integrato 2020-2022. Gli indicatori relativi alle azioni previste dal Piano Regionale Integrato sono stati costantemente monitorati con cadenza trimestrale.

Al 31 dicembre 2022, tutti i 12 indicatori sentinella hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato, pertanto l'obiettivo risulta raggiunto al 100%:

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%.

***Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione; target trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET).***

Entro la data prevista del 31.marzo 2023 sono state inviate alla Regione le risultanze di due supervisioni effettuate nel corso del 2022 (Danubiana, deposito CE, e MAGEMA stabilimento di macellazione).

## **Anagrafe zootecnica, farmacosorveglianza e benessere in allevamento**

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.

### **Indicatori e target:**

***INDICATORE NSG-P10Z - % = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAA x 0,3) + (% controlli di farmacosorveglianza veterinaria x 0,2). Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

Gli allevamenti controllati nel 2021 per anagrafe zootecnica e farmacovigilanza sono stati il 99,6%.

**INDICATORE NSG-P122 - % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari 3 x 0,2). Fonte dati: sistema nazionale NSIS - target: >=95%**

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

L'obiettivo nel 2021 è stato completamente raggiunto avendo realizzato una copertura del controllo pari al 100%.

**INDICATORE NSG-P11Z - % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2)+ (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1). Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%**

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

Gli allevamenti controllati per la tutela del benessere degli animali in allevamento e in macellazione nel 2021 sono stati il 97,5%.

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

In tema dell'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, dal 16 maggio 2022 i Medici Competenti ed il personale infermieristico della U.O. SSPSL hanno iniziato ufficialmente l'utilizzo della cartella sanitaria regionale Arianna, che ha sostituito completamente la precedente cartella informatizzata. Sono stati effettuati 3 momenti formativi con i tecnici informatici di Dedalus per consentire l'avvio sulle diverse sedi territoriali. Sono state definite linee operative di servizio per l'utilizzo omogeneo del nuovo programma informatizzato. I Medici Competenti referenti di Ambito hanno gestito gli incontri ed effettuato il monitoraggio dell'utilizzo da parte del personale infermieristico, con rendicontazione mensile dell'andamento al Direttore.

In merito al proseguo dell'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario", in Azienda viene costantemente mantenuta elevata l'attenzione nei confronti delle malattie emo 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.

Per ciò che 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

#### **Indicatori e target:**

##### ***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 all'anno 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.

#### **1.5. PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan**

A partire dal mese di marzo 2022 è stata progressivamente resa disponibile la collana FAD regionale *“Governare del rischio infettivo correlato alle pratiche assistenziali”*. Nel mese di novembre è stata fatta richiesta di esportazione dei corsi sulla piattaforma e-learning aziendale e dal mese di febbraio 2023 i corsi sono fruibili e rendicontabili con maggiore semplicità.

**Indicatori e target:**

***Partecipazione a collana di corsi regionali FAD Gestione del Rischio Infettivo correlato alle attività assistenziali; target: 10% operatori sanitari***

Considerando che il corso 3 è disponibile dal mese di febbraio 2023 e il corso 4 dal mese di marzo 2023, risultano al 28 febbraio 2023:

169 operatori sanitari partecipanti al corso 1 (disponibile da marzo 2022)

130 operatori sanitari partecipanti al corso 2 (disponibile da luglio 2022)

39 operatori sanitari partecipanti al corso 3.

***Erogazione di corsi aziendali o interaziendali in tema di antimicrobicoresistenza accreditati ECM con utilizzo di parole chiave WHR-TIME GRU (ICA, AMR, antisepsi/disinfezione/sterilizzazione, igiene ambientale); target: almeno 2 corsi aziendali o interaziendali***

Sono stati erogati più di 2 corsi aziendali finalizzati alla prevenzione del rischio infettivo e antimicrobicoresistenza ed in particolare:

- FAD aziendale “Igiene delle mani” (440 operatori sanitari partecipanti al corso a febbraio 2023)
- corso base sull’igiene delle mani
- corso di prima formazione e addestramento per osservatori dell’igiene delle mani (Mapper)
- corso re-training per osservatori dell’igiene delle mani
- Stewardship antimicrobica in AUSL Romagna: a che punto siamo?
- Aggiornamento della Rete Infettivologica AUSL della Romagna
- Corso “prevenzione e controllo delle ICA: implementazione della Procedura aziendale 212 – rev.1 del 27.07.2022” – corso riservato ai referenti infermieristici e medici delle Reti Link aziendali – obiettivo di budget 2023: partecipazione di almeno il 90% dei referenti, funzionale alla ricaduta formativa programmata per l’anno 2023
- Corso FAD “emocoltura perché?” (emocoltura nel paziente adulto)
- Corso “Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell’emergenza Covid-19”.

## **2. Assistenza Territoriale**

### **2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale**

Rispetto agli obiettivi previsti per il 2022, l'Azienda ha realizzato le seguenti attività:

#### **Realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione e le risorse disponibili nella comunità di riferimento**

Per quanto concerne la realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità di concerto con i Dipartimenti di Prevenzione, la Azienda USL della Romagna ha optato per una visione di ampio respiro al fine di intervenire in maniera quanto più omogenea possibile tra i diversi ambiti. Nel corso del 2022 sono stati infatti creati contesti e indetti tavoli di lavoro con i diversi interlocutori presenti sul territorio propedeutici all'attuazione delle azioni che già nelle prime settimane del 2023 sono partite. In particolare, per quanto riguarda l'ambito del Dipartimento di Prevenzione di Ravenna, presso la Casa della Comunità di Castelbolognese nell'ultimo trimestre del 2022 si è costituito e consolidato un gruppo di lavoro multiprofessionale (medici di organizzazione, medici di medicina generale, psicologi, infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, personale amministrativo, volontari). Il gruppo di lavoro ha partecipato alla formazione/intervento in modalità blended dal titolo *"Le abilità di counseling nella relazione che cura"* nell'ambito di un progetto CCM 2021 affrontando tematiche come: ascolto e relazione d'aiuto, stili comunicativi, strategie e strumenti di colloquio, gestione del sé professionale, reti organizzative e relazionali. Alcune giornate dedicate alla promozione degli stili di vita hanno fatto seguito all'intervento formativo, tra queste: *"Un passo alla volta"* (giornata tematica su importanza del movimento e contrasto alla sedentarietà) e due giornate sull'alimentazione (una per la Casa della Comunità di Castelbolognese e una nella sede spoke di Solarolo). Nella città di Ravenna, che non ha una Casa della Comunità, a novembre 2022 ha preso inizio una rassegna di eventi tuttora in corso su movimento e alimentazione; la rassegna si concluderà a settembre 2023. Presso la Casa della Comunità di Cervia, in collaborazione con il Comune e la radio locale, a dicembre 2022 è iniziata una rassegna di podcast sui temi della promozione della salute. Nel corso del 2022 il Dipartimento di Prevenzione dell'ambito di Ravenna ha esteso la propria presenza a un totale di 7 Case della Comunità con varie tipologie di intervento.

Per gli ambiti di Forlì e Cesena nel corso del 2022 il Dipartimento di Prevenzione, sempre nell'ottica della mission aziendale che tende all'omogeneità degli interventi tra i diversi ambiti, ha partecipato ai tavoli strategici dei board delle Case della Comunità e definito le linee progettuali e le attività che hanno preso avvio già nelle prime settimane del 2023. In particolare, nella Casa della Comunità hub del Rubicone è stato avviato nel 2022 anche un percorso di affiancamento con integrazione di competenze tra personale del Dipartimento di Prevenzione (assistenti sanitari, infermieri e dietista) e gli infermieri dell'ambulatorio della cronicità.

Per quanto concerne l'ambito di Rimini, il Dipartimento di Prevenzione ha avviato nel corso del 2022 la collaborazione ai lavori del tavolo sulla promozione della salute nel percorso di progettazione partecipata della futura Casa della Comunità di Rimini, così come ha partecipato al Board della Casa della Comunità di Morciano per la presentazione del profilo di salute e l'avvio del confronto per introdurre le attività di promozione della salute nella stessa. Nel corso del 2022, inoltre, sono state avviate: la mappatura delle opportunità presenti nelle Case della Comunità di Morciano e Santarcangelo e nei relativi territori e la collaborazione con gli infermieri della cronicità di tutte le altre Case della Comunità del territorio dell'ambito per l'integrazione del loro lavoro con quello di promozione della salute e prevenzione

vaccinale. Sempre nel 2022 è stato costante il supporto al coordinamento locale della ripartizione dei fondi distrettuali LR19 vincolati a supporto dei vari programmi PRP di promozione della salute che stanno prendendo avvio nel 2023 anche all'interno delle Case della Comunità. Infine, sono state organizzate 2 giornate dedicate alla campagna di chiamata attiva per la vaccinazione dell'antitetanica nella Case della Comunità di Morciano.

### **Utilizzo di strumenti di telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici**

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.

### **Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale all'interno dei percorsi delle Case della Comunità.**

Il board delle Case della Comunità rappresenta l'organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori e stakeholders. Gli incontri tenuti nell'anno 2022 hanno visto sempre il coinvolgimento attivo dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti e/o dei rappresentati delle istituzioni, anche per quanto riguarda lo sviluppo della progettualità al piano di prevenzione 2021-2025, con particolare riferimento al PL 20. Il board di ambito territoriale delle Case della Comunità ha visto anche il coinvolgimento della comunità locale nella progettazione del modello organizzativo Infermiere di Famiglia o Comunità.

### **Potenziamento della rete dei servizi per realizzare azioni di prevenzione, ascolto, valutazione, accompagnamento ed eventuale presa in carico di preadolescenti, adolescenti e genitori fragili**

Nel 2022, sull'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale, si è definito l'obiettivo di rafforzare il personale (psicologo, psicoterapeuta, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale) per l'assistenza psicologica rivolta agli adolescenti negli spazi giovani.

Nei Distretti di Cesena – Valle Savio e del Rubicone nel corso del 2022 è stato attivato un protocollo di collaborazione fra i Servizi di Tutela Minori e servizi Adulti CSM e SerD.

Nel Distretto di Forlì, all'interno delle equipe territoriali integrate, sono state condivise le linee di indirizzo ministeriali sulle vulnerabilità familiari e la procedura aziendale sulla presa in carico integrata per le famiglie vulnerabili; è stato avviato il coordinamento degli Spazi Ascolto e sono stati svolti incontri coordinati tra psicologi e Ufficio Scolastico Territoriale al fine di implementare la rete scuole-servizi-territorio e il coordinamento.

Nel Distretto di Faenza sono state condotte attività di home visiting e progetti a sostegno della genitorialità positiva. Sono stati eseguiti incontri periodici di coordinamenti degli spazi d'ascolto, in cui si sono condivise le linee guida regionali per il contrasto del ritiro sociale.

Nel Distretto di Lugo sono stati attivati interventi di equipe socio-sanitaria (Consultorio Familiare, CPF e Pediatria di Comunità) orientati alla prevenzione e al sostegno delle famiglie potenzialmente vulnerabili con attivazione nel corso della gravidanza (accessi al CF e CAN) e nel post partum di interventi congiunti (visite domiciliari e home visiting) e di servizi (CPF) a fruizione sia individuale (consulenze psico pedagogiche, mediazione familiare) che di gruppo (gruppi neo genitori, incontri informativi, incontri laboratoriali e artistici, laboratori dedicati ai genitori di adolescenti, ruote di terapia comunitaria integrata,

ecc). E' stata costituita un'equipe multidisciplinare con funzione di raccordo e presa in carico condivisa e coordinata delle situazioni di rischio di ritiro sociale e scolastico (Progetto "Ti ascolto") e di progettazione degli interventi (di prevenzione, informazione, formazione e sostegno) rivolti a singoli, a operatori e alla cittadinanza.

Nel Distretto di Ravenna è stato avviato un tavolo di coordinamento per implementare gli spazi d'ascolto che si aggiunge al già presente tavolo periodico distrettuale (di cui fanno parte una psicologa del SerD e la Dirigente Capo Area dell'Infanzia, Istruzione e Politiche Giovani, la dirigente dei Servizi Sociali della Gestione Associata dei Comuni di Ravenna, Russi e Cervia, le Direttrici dei servizi di Pediatria di Comunità, Consultorio Familiare, Centro di Salute Mentale e Distretto di Ravenna) finalizzato alla valutazione e analisi di bisogni, mappatura dell'offerta dei servizi sociali, educativi e sanitari presenti. Il tavolo di lavoro ha condiviso la realizzazione di azioni trasversali – formazioni rivolte al personale educativo, scolastico e sanitario – incontri informativi rivolti ai genitori, presentazione in una iniziativa pubblica ai dirigenti scolastici della ricerca regionale rivolta agli adolescenti. Progettazione e realizzazione del Centro per Adolescenti "My Lab 14-25".

Nel distretto di Riccione è stato avviato il progetto "Interconnesi" che ha permesso l'intervento educativo domiciliare/territoriale per i ragazzi con problemi di ritiro sociale in carico all'Ausl e, inoltre, è attiva la collaborazione istituzionale UOS Tutela Minori e Centri per le Famiglie per Mediazione Familiare e Sostegno alla Genitorialità fragile delle situazioni dove è attivo il Tribunale sia TM che TO.

Infine, anche nel Distretto di Rimini è attivo il progetto "Interconnesi" ed è stato istituito un tavolo di coordinamento intraziendale con il Terzo Settore ai CpF a Rimini e Riccione con lo scopo di raccordo tra i servizi che supportano l'adolescenza.

In tutti i distretti è stato avviato il programma PIPPI (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) con l'obiettivo di promuovere la genitorialità positiva. È uno strumento di raccordo dei servizi interessati alla tematica con il compito di promuovere e diffondere un approfondimento culturale della metodologia e degli strumenti operativi adottati dal programma, favorendo momenti di confronto territoriale e di miglioramento delle connessioni di sistema relativamente agli atti di indirizzo e di programmazione regionale.

In conclusione, in tutti i Distretti si evidenzia un potenziamento della rete dei servizi offerti a preadolescenti, adolescenti e genitori fragili.

### **Partecipazione all'aggiornamento del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Salute ed alle eventuali attività di revisione ed integrazione**

Nel corso del 2022 è stata aggiornata la banca dati "La Rete degli Sportelli" presente sul portale regionale, la pagina dell'URP e delle CdC della Romagna. La Regione ha fornito il manuale per la compilazione del sistema informativo Case della Salute-Struttura ad Albero, che rappresenta lo strumento di monitoraggio per le Case della Comunità, e in data 1 febbraio ha offerto un corso di formazione rispetto ai sistemi informativi sulla CdC (Albero della Struttura, URP, Cedolini). Il 30 novembre 2022 è stato inviato alla RER un file comprensivo di tutte le strutture territoriali della Romagna secondo D.M.77/22, dopo aver verificato la correttezza di tutti i dati e integrandolo anche con le strutture finanziate con fondi extra PNRR.

### **Strutturazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate**

Per quanto riguarda la strutturazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle CdC in aree disagiate, 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 lo strumento 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.

### **Identificazione delle aree/territori di riferimento dell'Infermiere di Comunità**

Per la fase sperimentale del Progetto si sono avviate quattro realizzazioni-pilota. I territori sono stati 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.

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

***Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco. Target:  $\leq 270$  per 100.000 ab.***

Nel 2022 è proseguito il percorso per la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche quali Diabete, BPCO e Scompenso Cardiaco presso le Case della Salute dei vari distretti. Tuttavia, il tasso di ospedalizzazione per queste patologie nel 2022 si è attestato a 314,81 ricoveri ogni 100.000 residenti maggiorenni, in controtendenza rispetto al trend di costante calo degli anni passati che aveva portato il dato da 347,49 del 2019 a 281,92 del 2021.

La media regionale 2022 è a 275,86 [Fonte: SivER - rilevazione del 17.04.2023].

In un'ottica di riduzione del tasso di ospedalizzazione nel corso del 2022 sono stati istituiti e messi in atto PDTA specifici per tutte e tre le patologie (diabete, BPCO e scompenso cardiaco). Sempre nell'ambito della gestione a livello territoriale delle patologie croniche, nel corso del 2022, sono stati attivati ulteriori 15 ambulatori della cronicità nei 4 ambiti aziendali.

***Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite. Target:  $\leq 63$  per 100.000 ab.***

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. [Fonte: SivER - rilevazione del 17.04.2023].

## **2.2. 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 della 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).

#### **Indicatori e target:**

##### ***Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore (target $\geq 50\%$ )***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER

Nel 2021 il dato aziendale si è attestato al 50,7% di deceduti per causa di tumore risultati assistiti dalla rete delle cure palliative e pertanto l'obiettivo risulta pienamente raggiunto, con una performance prossima a quella media regionale (51,1%). Fonte: Siver.

##### ***Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero di deceduti per causa di tumore (target + 5% vs 2021)***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER

Nel 2021 le giornate di cure palliative erogate al domicilio del paziente sono aumentate del 16,67% rispetto al 2020 (dopo la crescita del 36% avvenuta nel 2020), pertanto la performance ha raggiunto ampiamente l'obiettivo prefissato, anche a dimostrazione di un'ottima tenuta dell'organizzazione nella gestione dell'emergenza Covid. A riscontro, si evidenzia che il dato medio regionale ha riportato un incremento delle giornate erogate a domicilio del 12,82%. Fonte: Siver.

### **2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette**

La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è stata oggetto di revisione all'interno dell'Azienda per rendere il più possibile omogenei i modelli attualmente in atto nei diversi ambiti territoriali, prevedendo in particolare una regia unica NuCot che garantisca un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera anche attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio, e una gestione integrata e multi professionale delle dimissioni protette anche per ridurre la frammentazione degli interventi.

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

E' stata inoltre richiesta la collaborazione continua con il controllo di gestione per elaborare i dati per ambito e tracciare l'andamento degli indicatori e mettere in atto azioni di miglioramento tempestive e mirate.

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è una modalità assistenziale consolidata su tutto il territorio aziendale. Per rispondere alle sempre crescenti necessità dei cittadini e per aumentare ulteriormente i

livelli di qualità ed attivare i meccanismi di potenziamento dell'assistenza domiciliare, nell'anno 2022 è stato effettuato un Audit sulla procedura interna aziendale sulle modalità di accesso alle cure domiciliare per garantire un maggiore coinvolgimento dei diversi attivatori del percorso di presa in carico dei pazienti a domicilio.

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

**Indicatori e target:**

***N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER) – target  $\geq 50\%$  dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione***

Nel corso del 2022 (Fonte: InSIDER), le prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera rispetto al totale delle prese in carico avvenute entro 30 giorni dalla dimissione stessa sono state il 45,12%, con valori in generale diminuzione rispetto allo scorso anno (48,05%) e che raggiungono lo standard regionale nei distretti di Lugo (51,18%) e Rimini (52,11%).

Anche il dato complessivo regionale non raggiunge l'obiettivo essendosi consolidato al 46,79%.

***Tasso di pazienti trattati in ADI. Target: CIA 1  $>2,6$  - CIA 2  $>1,9$  - CIA 3  $>1,5$***

L'obiettivo del trattamento dei pazienti in ADI a livello aziendale nel 2022 ha raggiunto i target previsti in tutti i livelli di intensità assistenziale, con situazioni però disomogenee fra i diversi Distretti. In particolare:

- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1: 4,38, con valori che a livello distrettuale vanno da 3 del Distretto Cesena Valle Savio a 5,21 del Distretto di Faenza. In tutti i Distretti comunque si raggiunge l'obiettivo.
- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2: 5,64, con valori che a livello distrettuale vanno da 3,04 del Distretto del Rubicone a 9,47 del Distretto di Ravenna. In tutti i Distretti quindi si raggiunge l'obiettivo.
- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 3: 2,26, con valori che a livello distrettuale vanno da 1,39 del Distretto di Rimini a 7,24 del Distretto di Faenza. I distretti che non raggiungono l'obiettivo sono Rimini (1,39) e Cesena Valle Savio (1,41).

***Pazienti  $>65$  anni presi in carico in ADI.***

Nel corso del 2022 (Fonte: InSIDER), le prese in carico in ADI di pazienti con più di 65 anni sono state l'8,87% a livello aziendale, con valori in incremento su tutti i distretti rispetto all'anno precedente (7,35%). Il dato regionale si attesta al 10,81%.

**2.4. Migranti e vulnerabilità**

**Formalizzazione Equipe multidisciplinare salute migranti**

In Azienda è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla programmazione dei servizi sull'area Migranti e Vulnerabilità che coinvolge professionisti delle cure primarie, della sanità pubblica, della salute mentale, dell'ospedale, dell'area sociale, dell'area amministrativa e dei servizi di mediazione culturale. Il coordinatore è stato individuato nella dr.ssa Antonella Mastrocola - Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Ravenna.

Le équipe multidisciplinari e multi professionali dedicate alla salute dei migranti sono state costituite e formalizzate in tutti gli ambiti e se ne è data evidenza alla Direzione.

**Formalizzazione rete specialistica a supporto**

L'istituzione della rete specialistica a supporto dei processi di consulenza e/o presa in carico sulle aree previste dalle linee guida ministeriali è in fase di formalizzazione.

### **Adesione dei professionisti dell'equipe multidisciplinare e consulenti a specifici progetti formativi promossi dalla Regione.**

I progetti formativi promossi dalla Regione nel 2022 hanno visto la partecipazione dei professionisti aziendali, insieme anche ai mediatori e operatori dei Centri di accoglienza, in misura coerente al target del 50% previsto in programmazione.

#### **2.5. Percorso Nascita**

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 emotiva 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 emotivo in gravidanza.

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

#### **Indicatori e target:**

***Numero di distretti che hanno organizzato corsi di accompagnamento alla nascita in presenza. Target: 100%***

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.

***Numero di distretti che hanno attivato un programma per individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale/Totale dei distretti \*100. Target : >= 30%.***

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.

***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.

## **2.6. Percorso IVG**

Nel 2022 il gruppo di lavoro IVG ha definito una procedura aziendale orientata ad uniformare i percorsi dell'interruzione volontaria di gravidanza 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.

### **Indicatore e target:**

**Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche. Target >20% (Fonte: rilevazione IVG)**

L'attività a livello ambulatoriale ha preso avvio a febbraio 2023

**Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG) - obiettivo  $\leq 19\%$  (media RER 2020)**

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER

Il dato aziendale 2021 si attesta al 13,44% (Fonte: Siver), con valori che si sono riallineati all'obiettivo nei diversi punti di erogazione dell'intervento (best performance del 4,55% dell'Ospedale di Forlì, mentre sugli altri ambiti il dato va dal 7,14% dell'Ospedale di Rimini al 20% di quello di Ravenna).

**% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (Fonte: rilevazione IVG) – obiettivo  $\geq 47\%$  (media RER 2020)**

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER

Il dato aziendale 2021 si attesta al 70,67% (Fonte: Siver). Il dettaglio evidenzia che in tutti gli ambiti si raggiunge l'obiettivo regionale attraverso un deciso miglioramento della performance rispetto all'anno precedente (Forlì continua a presentare la best performance aziendale con l'85,3% di IVG mediche sul totale delle IVG effettuate a residenti).

## **2.7. Contrasto alla violenza**

Nel 2022 si è continuato a dare costante implementazione alle Raccomandazioni regionali per l'accoglienza e la presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere attraverso l'applicazione delle seguenti procedure aziendali: PA 109/2017 "Accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso", PA 101/2017 "Gestione, raccolta e conservazione di materiali prelevati a finalità medico-legale in occasione di sospette violenze sessuali", PA 219/2020 "Le fasi dell'intervento ospedaliero per bambini e ragazzi vittime di abuso e maltrattamento", PA 106/2020 "Presa in carico e trattamento di uomini autori di violenza di genere: Liberiamoci dalla violenza". La PA 106/2020 è stata oggetto di specifica revisione nella versione pubblicata il 30/03/2022.

In contemporanea hanno continuato ad essere operativi tavoli interistituzionali nel contesto dei quali i vari professionisti della rete (AUSL, Prefettura, Servizi Sociali, Forze dell'Ordine, Centri Antiviolenza, LDV,... ) hanno trovato periodicamente occasione di confronto, analisi e condivisione.

Protocolli operativi per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne sono attivi nell'ambito delle province della Romagna fra Prefetture, Procure, Province, Comuni, AUSL, Uffici Scolastici, Università. In data 8/2/2022 è stato aggiornato e sottoscritto il nuovo protocollo per la provincia di Forlì-Cesena.

Nel corso del 2022 è stato, inoltre, sottoscritto il Protocollo Zeus fra Questura di Forlì-Cesena e AUSL della Romagna orientato alla rapida segnalazione degli autori di violenza fin dalla fase di ammonimento con finalità di intercettazione precoce e prevenzione delle recidive.

Il Protocollo Zeus è stato sottoscritto anche fra Questura di Rimini e AUSL della Romagna agli inizi del 2023.

Infine, nel 2022 l'AUSL della Romagna ha istituito il progetto *"Well fare: rete per le donne"*.

Relativamente all'attività formativa del 2022:

- la partecipazione alla FAD regionale *"Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"* si è attestata al 26,9% di professionisti formati rispetto ai nuovi iscritti 2022 [target atteso  $\geq 30\%$ ];
- la partecipazione alla FAD regionale *"Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di violenza ed abuso"* ha visto 47 operatori formati su 163 iscritti, raggiungendo la percentuale del 28,8% [target atteso  $\geq 25\%$ ];
- la partecipazione alla formazione specialistica *"Il lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica di genere intrafamiliare: l'approccio metodologico del Centro ATV di Oslo"* è stata completata dal 100% degli iscritti [target atteso  $\geq 75\%$ ].

#### **Indicatori e target:**

##### ***Numero contatti al centro LDV. Target: > valore 2021 (Fonte: rendicontazione aziendale).***

Il Centro Liberiamoci dalla Violenza della Romagna nel 2022 ha aumentato il numero di contatti, passando dai 148 del 2021 ai 187 del 2022. Gli utenti nuovi presi in carico sono stati 98 (furono 79 nel 2021, 58 nel 2020 e 31 nel 2019), cui si aggiungono ulteriori 26 soggetti già in carico dagli anni precedenti

Nel corso del 2022 hanno completato il trattamento 46 utenti.

Il numero di utenti afferiti e presi in carico in costante crescita nel triennio di attività del centro evidenzia il buon grado di conoscenza, accessibilità e fiducia verso il servizio offerto.

#### ***2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale***

La produzione specialistica ambulatoriale pur non raggiungendo i valori del 2019 ha un aumento del 3,1% rispetto al 2021, conseguito 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, mediante un aumento della committenza.

La produzione di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dell'anno 2022, complessiva pubblico + privato, è inferiore del 2,5% rispetto al dato 2019, ma con un aumento rispetto alla produzione del 2021 del 7,8%, anche attraverso l'utilizzo di quota parte del Fondo Ministeriale (L.234/2021) per Recupero liste attesa (di cui al punto 1 Prot.Intesa RER-AIOP approvato con DGR 1145/22), limitatamente a committenza rivolta a strutture private accreditate AIOP.

L'informazione/formazione relativa alle regole di presa in carico dei medici specialisti (nota "Baldino") è stata diffusa dai Presidi a tutte le UU.OO. e successivamente discussa in tavoli di disciplina specifici per l'applicazione.

Il dato relativo alla continuità assistenziale attraverso la presa in carico, la prescrizione e prenotazione delle visite di controllo senza rinvio al medico curante, evidenzia il lavoro riorganizzativo delle UU.OO. anche se il dato sconta la difficoltà nella esatta rendicontazione per la disomogeneità/stato di

aggiornamento degli applicativi utilizzati per l'inserimento dei dati nei diversi ambiti e nel contempo la necessità di ultimare il lavoro di messa a CUP di tutte le agende di prenotazione autogestite.

Nel 2022 le visite + diagnostica di controllo prescritte sono aumentate del 3,1% rispetto al 2021.

L'Azienda ha inoltre proseguito il lavoro (iniziato nel 2016) di condivisione dei percorsi di corretta prescrizione nell'ambito dei tavoli appropriatezza fra medici specialisti e MMG con inserimento delle regole nella cartella SOLE. Contestualmente un referente Aziendale ha partecipato ai lavori del tavolo appropriatezza prescrittiva regionale dove sono stati elaborati percorsi che sono stati presentati agli specialisti interni, per il parere e le integrazioni, prima della loro ufficializzazione. A breve inizierà anche il recepimento dei singoli percorsi regionali che vanno ad aggiornare i percorsi di appropriatezza aziendali attualmente in vigore.

## **Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale**

### **Indicatori e target:**

***Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%):  $\geq 90\%$***

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).

## **Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG – IND0831)**

### **Indicatori e target:**

***Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso<sup>1</sup> con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco in nota<sup>12</sup>) con classe di priorità B totali (fonte flusso DEMA e ex art. 50). Target:  $\geq 90\%$***

Alla data del 17.04.2023 il dato 2022 sul portale regionale InsidER colloca la Romagna al 51,66%.

Le azioni implementate nell'anno hanno prevalentemente riguardato il lavoro di identificazione delle agende e dei percorsi di accesso per le prestazioni prioritarie B in tutte le UU.OO. aziendali e la gestione delle criticità dei tempi di attesa, rilevate dal monitoraggio mensile, che sono state affrontate con un impegno all'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 criticità.

## **Appropriatezza prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22**

### **Indicatori e target:**

***Informazione e formazione MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE). Target:  $\geq 60\%$  medici***

---

<sup>1</sup> Visita oculistica: 95.02; Mammografia: 87.37.1, 87.37.2; TAC torace: 87.41, 87.41.1; Ecocolordoppler: 88.73.5, 88.77.2, 88.76.21; RM colonna: 88.93, 88.93.1; Ecografia ostetrica e ginecologica: 88.78, 88.78.2, 88.79.7; Visita ortopedica: 89.7B.7; Visita cardiologica: 89.7A.3



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).

**Presa in carico – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22).**

**Indicatori e target:**

**Informazione e formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presa in carico (FONTE AZIENDE SANITARIE). Target:  $\geq 60\%$  medici**

La nota è stata inviata a tutti i direttori di struttura complessa e a tutti i MMG/PLS dell'Azienda e si sono tenuti specifici tavoli per disciplina. I riscontri effettuati evidenziano percentuali di medici formati decisamente superiore al target del 60%.

**Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA – IND0787):  $> = 90\%$**

Le visite di controllo prescritte dal medico specialista nel corso del 2022 a livello aziendale sono state l'86,13% delle visite di controllo totali (escluse quelle con tipo accesso = 1), in lieve crescita rispetto al 84,17% del 2021 (Fonte: InsidER). Il dato medio regionale è all'89,75%.

**Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo (fonte AZIENDE SANITARIE). Target:  $> = 80\%$**

La rilevazione aziendale del 2022 evidenzia una percentuale di prenotazioni di controlli da parte dello specialista/struttura ospedaliera pari al 46%, 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.

**Numero di prescrizioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (FONTE ASA). Target:  $\geq 80\%$**

Il dato aziendale 2022 evidenzia un valore pari al 90,4%, aumentato rispetto al 2021 (86,2%), con raggiungimento pieno dell'obiettivo.

**Numero di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (FONTE AZIENDE SANITARIE). Target:  $\geq 70\%$**

La rilevazione aziendale del 2022 evidenzia una percentuale di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista pari al 45%, dato 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.

**Telemedicina**

**Indicatori e target:**

**Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite/prestazioni organizzative rispetto al 2021 come da indicazioni Circolare 2/22 (FONTE AZIENDE SANITARIE e ASA). Target: aumento 10% vs 2021**

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%.

**Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE). Target: avvio almeno su una specialità**

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

Prestazione	Provenienza	Disciplina	Anno 2022				Totale
			Ambito Ravenna	Ambito Forlì	Ambito Cesena	Ambito Rimini	
R003105 - TELECONSULTO MEDICO	E - ESTERNI	001 - ALLERGOLOGIA				4	4
	E - ESTERNI	008 - CARDIOLOGIA			1	1	2
	E - ESTERNI	009 - CHIRURGIA GENERALE			1		1
	E - ESTERNI	013 - CHIRURGIA TORACICA		18			18
	E - ESTERNI	018 - EMATOLOGIA				3	3
	E - ESTERNI	019 - MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE		1		4	5
	E - ESTERNI	024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI			5	27	32
	E - ESTERNI	026 - MEDICINA GENERALE				9	9
	E - ESTERNI	029 - NEFROLOGIA		2	2		4
	E - ESTERNI	032 - NEUROLOGIA		8	1	1	10
	E - ESTERNI	035 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA			1		1
	E - ESTERNI	038 - OTORINOLARINGOIATRIA		2			2
	E - ESTERNI	054 - EMOIDIALISI		2			2
	E - ESTERNI	068 - PNEUMOLOGIA				2	2
	E - ESTERNI	082 - ANESTESIA			1		1
<b>Totale R003105 - TELECONSULTO MEDICO</b>				<b>33</b>	<b>12</b>	<b>51</b>	<b>96</b>
R003160 - DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DEL CASO ONCOLOGIA-GINECOLOGICA	E - ESTERNI	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA				2	2
<b>Totale R003160 - DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DEL CASO ONCOLOGIA-GINECOLOGICA</b>						<b>2</b>	<b>2</b>
R003168 - TELECONSULTO RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	E - ESTERNI	069 - RADIOLOGIA	8				8
<b>Totale R003168 - TELECONSULTO RADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b>			<b>8</b>				<b>8</b>
<b>TOTALE AUSL ROMAGNA</b>			<b>8</b>	<b>33</b>	<b>12</b>	<b>53</b>	<b>106</b>

Non sono disponibili i dati relativi ai teleconsulti MMG e medici specialisti poiché la modalità corrente rimane quella del contatto telefonico.

## Tempi di attesa

### Indicatori e target:

**Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità D prenotate entro gli std / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso totali (FONTE CRUSCOTTO REGIONALE TEMPI DI ATTESA). Target: >=90% entro dicembre 2022**

Il dato a dicembre 2022 riporta un numero pari a 4.773 prestazioni oggetto di monitoraggio in priorità D con una percentuale del 100% entro i tempi per priorità e una percentuale pari al 95% delle prestazioni con IPP > 90%.

## 2.9. Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

### Sviluppo delle attività di psicologia nelle Case della Comunità

Il Progetto di Psicologia di cure Primarie presso le Case della Comunità è attivo presso l'AUSL della Romagna da febbraio 2020 (prima sperimentazione realizzata nella Casa della Comunità di Russi). L'attività si è poi estesa, a partire da settembre 2020, su 8 ulteriori Case della Comunità fino ad arrivare a comprendere, nel corso del 2022, un totale di 13 delle 38 Case della Comunità complessivamente presenti sul territorio Aziendale.

**Indicatori e target:**

***Presenza di due psicologi per ogni Distretto da dedicare alle Case della Comunità. Target: 100% dei distretti***

La tabella a seguire rappresenta la distribuzione di psicologi e medici di medicina generale nei percorsi attivati nelle 13 Case della Comunità coinvolte nel Progetto di Psicologia:

<b>Ambito</b>	<b>Case della Salute</b>	<b>MMG</b>	<b>Professionisti psicologi (ore settimanali)</b>
Ambito di Ravenna	Russi	6	15
	San Pietro in Vincoli	12	7
	Marina di Ravenna (attiva dal 01/07/2022)	3	10
	Lido Adriano	3	5
	Castel Bolognese	12	15
	Bagnacavallo	6	8
	Cotignola	5	8
<b>TOTALE AMBITO RAVENNA</b>		<b>47</b>	<b>68</b>
Ambito di Forlì/Cesena	Forlimpopoli	11	13
	Savignano sul Rubicone	8	13
	Mercato Saraceno (attiva dal 01/07/2022)	6	12
<b>TOTALE AMBITO FORLÌ/CESENA</b>		<b>25</b>	<b>38</b>
Ambito di Rimini	Morciano	11	20
	Santarcangelo	5	7
	Bellaria (attivo dal 01/07/2022)	11	7
<b>TOTALE AMBITO RIMINI</b>		<b>27</b>	<b>34</b>
<b>TOTALE AZIENDA</b>		<b>99</b>	<b>140</b>

**Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni**

**Indicatore e target:**

***Formalizzazione delle équipe di secondo livello per la Tutela minori secondo la tempistica delineata dalla DGR 1627/2022. Target: 100%***

L'obiettivo di formalizzare le équipe di secondo livello per la Tutela minori secondo la tempistica delineata dalla DGR 1627/2022 si è realizzato attraverso le seguenti azioni e tempistiche:

1. Nota Prot. n. 0019049 del 24/01/2022 con la quale l'AUSL della Romagna ha rappresentato alla Regione Emilia-Romagna il percorso condotto per la costituzione dell'équipe di secondo livello;
2. Verbale Ufficio di Presidenza della CTSS della Romagna del 20/12/2021;
3. Verbale Ufficio di Presidenza della CTSS della Romagna del 02/02/2022;
4. Verbale Ufficio di Presidenza della CTSS della Romagna del 07/04/2022;
5. Nota Prot. n. 0106641 del 13/04/2022 avente ad oggetto: "Equipe di secondo livello ai sensi dell'art. 18 della L.R. 14/08";
6. Nota Prot. n. 0160961 del 09/06/2022 avente ad oggetto: "Avvio operatività equipe secondo livello - nomina componenti";
7. Deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL della Romagna n. 247 del 20/07/2022 avente ad oggetto: "Approvazione dello schema di accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della L. 241/1990 tra gli Enti Locali del territorio dell'Azienda USL della Romagna e l'Azienda medesima per la costituzione, le modalità organizzative e il funzionamento dell'équipe di secondo livello per la tutela di minori, ai sensi dell'art. 18 della L.R. 14/2008";
8. Nota Prot. n. 0258407 del 23/09/2022 con la quale l'AUSL della Romagna ha trasmesso l'Accordo di collaborazione per la costituzione, le modalità organizzative e il funzionamento dell'équipe di secondo livello, sottoscritto dagli Enti Locali e l'Azienda stessa;
9. Nota Prot. n. 0231426 del 25/08/2022: "Avviso riservato al personale dipendente a tempo indeterminato degli Enti Locali del territorio dell'Azienda USL della Romagna e dell'Azienda USL della Romagna finalizzato all'acquisizione di disponibilità per la costituzione dell'équipe di secondo livello per la tutela dei minori ai sensi dell'art. 18 della L.R. n. 14/2008";
10. Sintesi descrittiva sul lavoro dell'équipe di secondo livello.

### **Avvio della cartella CURE per i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e la Tutela minori area sanitaria**

La cartella informatizzata CURE è stata attivata in tutti i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e la Tutela minori area sanitaria della Romagna nel rispetto del tempogramma regionale.

### **Monitoraggio indicatore previsto da Nuovo Sistema di Garanzia**

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

#### ***Percentuale re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in Psichiatria. Target <= 6,9% (Indicatore NSG – IND0836)***

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio, sebbene risulti essere anche condizionata dalla tipologia di utenza che sempre più presenta discontrollo emotivo e forte reattività allo stress, per cui è diventato funzionale fare dimissioni in cui è possibile sperimentarsi in setting reali e testare la stabilità del quadro clinico con possibilità di reingressi.

Ad ogni modo, in Romagna la percentuale di re-ricoveri tra gli 8 e i 30 giorni nel 2022 si è attestata al 6,26%, in miglioramento rispetto al 7,41% del 2021 ed in linea con la media regionale che risulta pari al 6,43% [Fonte: InsidER].

### **Riduzione della lista d'attesa REMS**

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

**Azzerramento dei pazienti “sine titolo” presenti nella lista d’attesa REMS (Fonte: SMOP). Target: ZERO**

I servizi aziendali hanno messo in atto tutte le azioni per il raggiungimento dell’obiettivo di azzerare la lista di attesa REMS per i pazienti “sine titolo”.

**Programma psicopatologia 14 – 25**

**Indicatore e target:**

**Definizione di un modello organizzativo a sostegno della transizione. Target: almeno il 40% dei casi di passaggio di assistiti divenuti maggiorenni e con diagnosi psichiatrica dai Servizi di NPIA ai Servizi CSM, rilevato attraverso la cartella CURE**

A livello aziendale si rileva attraverso la cartella CURE che il 36% di assistiti divenuti maggiorenni sono transitati dai servizi di NPIA ai servizi CSM, con evidenti differenze fra gli ambiti come risulta dalla tabella sottostante:

<b>Dati CURE*</b>	<b>FORLÌ- CESENA</b>	<b>RAVENNA</b>	<b>RIMINI</b>	<b>ROMAGNA</b>
Utenti maggiorenni con diagnosi psichiatrica passati da NPIA a CSM anno 2022	41	32	68	<b>141</b>
Utenti maggiorenni con diagnosi psichiatrica seguiti in NPIA anno 2022	101	153	136	<b>390</b>
<b>Indicatore</b>	<b>41%</b>	<b>21%</b>	<b>50%</b>	<b>36%</b>

\*Utilizzata Query convalidata dalla RER per il conteggio del passaggio casi da NPIA a CSM

**Budget di salute dipendenze patologiche**

**Indicatore e target:**

**Avvio sperimentale del Budget di salute per assistiti delle dipendenze patologiche. (Fonte: compilazione della scheda di valutazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute). Target: Invio della scheda di rilevazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute**

Nei servizi per le dipendenze patologiche dell’azienda USL della Romagna nel corso del 2022 sono state sperimentate le procedure del budget di salute attraverso l’implementazione delle unità di valutazione multidisciplinare (modalità di coprogettazione degli interventi in favore degli utenti realizzate in collaborazione con i servizi sociali degli enti locali e con la partecipazione degli stessi utenti e della loro famiglia) alcune delle quali esitate in vere e proprie progettualità di budget di salute in collaborazione con il centro di salute mentale del territorio di riferimento.

Nella tabella a seguire vengono riportate le unità di valutazione multidisciplinare che hanno riguardato gli utenti delle dipendenze patologiche e quelli che sono esitati in budget di salute rientranti nel monitoraggio regionale.

<b>Dipendenze Patologiche AUSL Romagna</b>	<b>Progetti con UVM</b>	<b>Budget di Salute</b>
<b>Ravenna</b>		29
<b>Rimini</b>	12	3
<b>Forlì Cesena</b>	30	

**2.10. Salute nelle carceri**

Nel corso del 2022 sull’area della Salute nelle Carceri:

- Il risultato relativo alla proposta e la condivisione del percorso assistenziale per tutti i pazienti-detenuti nuovi giunti e successiva verifica (PAI) è stato atteso per il >90 % dei pazienti detenuti dei tre istituti.

- Sono state ulteriormente consolidate le tre equipe psichiatriche negli istituti di Forlì, Rimini e Ravenna, già in essere e ad oggi concretamente attive sui tre istituti. Le equipe stanno dando effettivamente degli ottimi risultati in tutti e tre gli istituti, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della gestione clinica e assistenziale grazie ad un monitoraggio periodico e dedicato.
- Le vaccinazioni possibili consigliabili ai pazienti detenuti, in base all'anamnesi vaccinale, sono state proposte a tutti i nuovi giunti e ai pazienti già detenuti negli istituti. Il risultato relativo all'adesione è di circa il 90 %. L'adesione alla campagna per l'eradicazione del morbillo nel mondo è stata invece scarsa.
- L'adesione al progetto sperimentale sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna per l'implementazione della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari è stato effettivamente portato a termine, sia per quanto riguarda le consulenze tossicologiche per il carcere di Forlì, che per le visite psichiatriche effettuate dallo psichiatra del carcere di Ravenna per i pazienti detenuti del carcere di Rimini.

### **2.11. Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

#### **Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA e Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo “Dopo di Noi”**

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.

L'U.O. Gestione Rapporti con i Servizi Sociosanitari aziendale ha costantemente fornito agli UdP di ciascun Distretto, secondo cadenze trimestrali, una reportistica standard, precedentemente concordata con gli stessi UdP, al fine di monitorare il consumo delle risorse nelle diverse linee di prestazioni/servizi in confronto con la programmazione approvata dai rispettivi Comitati di Distretto.

A chiusura di esercizio 2022, come ogni anno, verranno 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.

#### **Prevenzione dei contagi e gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili**

Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, che si compone dei due documenti *“Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale”* di cui al decreto 2 gennaio 2021 e dalle *“Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 (10 marzo 2021)”*, che hanno definito le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità, ha previsto la vaccinazione anti-SarS-Cov-2 partendo a fine dicembre 2020 dagli ospiti anziani inseriti nelle Case Residenze per Anziani. Successivamente sono stati vaccinati anche gli anziani inseriti nelle altre strutture socio sanitarie per anziani. Nel mese di aprile 2021 è stata completata la vaccinazione



anche dei disabili inseriti in Centri Socio Riabilitativo Residenziali, Centri Socio Riabilitativi Diurni, Centri Socio Occupazionali e Gruppi appartamento. Sempre seguendo le indicazioni del Piano Vaccinale Nazionale, la vaccinazione è stata estesa anche agli operatori delle medesime strutture per anziani e disabili con invio presso i Centri Vaccinali Aziendali oppure in alternativa, in alcuni casi, contestualmente alla vaccinazione degli ospiti presso le strutture dove svolgevano la loro attività.

Anche nel corso del 2022, si è continuato a divulgare il materiale informativo/formativo alle strutture, sia sulle tematiche del rischio infettivo che sulle modalità di screening e visite di ospiti all'interno delle strutture, anche attraverso incontri virtuali di approfondimento.

Anche quando si sono verificati dei cluster, è sempre stata accordata la massima collaborazione e disponibilità nell'affrontare le attività conseguenti. Per quanto riguarda la valutazione del fabbisogno di DPI, è sempre stata garantito l'approvvigionamento delle strutture socio sanitarie, in base alle necessità manifestate dalle singole strutture conformemente alle indicazioni Aziendali relative al monitoraggio e gestione infezione Covid-19 nelle strutture socio-sanitarie.

#### **Indicatori e target:**

***Attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari: utenti vaccinati nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani e disabili al 30 giugno 2022. Target: >=90%***

Complessivamente la percentuale di utenti vaccinati nelle strutture socio sanitarie del territorio dell'AUSL della Romagna a giugno 2022 risultava superiore al 90%.

#### **Sostegno per le persone anziane e disabili ed i loro caregiver, in collaborazione con gli Enti Locali, con particolare attenzione al sostegno alla domiciliarità**

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

***Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver, in collaborazione con UdP, in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al care giver in ambito domiciliare. Target: Adempimento debiti informativi al 100%***

La rendicontazione sull'utilizzo Fondo Caregiver viene correttamente realizzata attraverso il puntuale e completo adempimento dei debiti informativi regionali.

#### **Recepimento delle schede e degli strumenti per il riconoscimento e il sostegno del Caregiver familiare, di cui alla determinazione n. 15465 del 10/09/2020**

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.

Inoltre, è stato istituito un portale comunale a sostegno del caregiver nel quale è possibile produrre la scheda di autocertificazione di riconoscimento e dove sono illustrati i diritti e fornite informazioni utili sui servizi a loro supporto.

**Indicatori e target:**

***Evidenza diffusione scheda “Riconoscimento del caregiver familiare” in ogni ambito Distrettuale***

È stata adottata in tutti i distretti la scheda del “Riconoscimento del caregiver familiare” proposta dalla Regione.

***Evidenza di utilizzo “sezione Caregiver” con valutazione dei bisogni all’interno dei progetti personalizzati attivati/aggiornati nel 2022. Target: Almeno 50% dei progetti personalizzati nell’anno***

A livello Aziendale l’utilizzo della Sezione Caregiver con valutazione dei bisogni all’interno dei progetti personalizzati attivati è pari al 63%.

**Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia**

**Indicatori e target:**

***Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente.***

**Target:  $\geq 24,6$**

Nel 2022 gli anziani over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in Ausl Romagna sono stati il 41,55%, in linea con la performance regionale la cui media è al 40,8% [Rilevazione InsidER del 19.04.2023].

**Realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale così come previsto dalla DGR 159/2019**

Il PDTA Demenze è stato pubblicato in AUSL Romagna nel giugno 2020.

Nell'anno 2021 si è proceduto all'implementazione in particolare per i seguenti aspetti:

- cambio codifica per prima visita per over 65 (da visita geriatrica a valutazione multidimensionale geriatrica di equipe con predisposizione agende CUP per tutti i territori);
- creazione percorso neurologico per pazienti < 65 aa con sospetto declino cognitivo in tutti gli ambiti;
- adeguamento tempario visite secondo indicazioni DGR 159/2019 - creazione percorso con Medicina Legale per valutazioni multidimensionali a soli fini invalidistici separato dall'invio al CDCD;
- potenziamento rapporti con le associazioni di volontariato.

Nell'anno 2022 in ottemperanza alla Delibera n. 2062/2021 è stato avviato il percorso di recepimento del documento sopradescritto con costituzione del gruppo di lavoro aziendale per la stesura del PDTA demenze ad esordio precoce in AUSL Romagna. E' attualmente disponibile una bozza avanzata del documento: si prevede di avere la stesura definitiva entro il primo trimestre 2023.

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).

**Indicatori e target:**

***Adozione formale PDTA aziendale secondo i documenti aziendali pubblicati***

Il PDTA Demenze è stato pubblicato in AUSL Romagna nel giugno 2020. Il PDTA per le demenze ad esordio precoce è in fase di completamento e se ne prevede la pubblicazione entro il primo semestre 2023.

**Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza)**

In merito all'indicatore è stata introdotta sin dall'anno 2021 la scala CDR nei seguenti setting valutativi:

- Centri Disturbi Cognitivi e Demenze sia per quanto attiene le prime visite sia per i controlli;
- Unità di valutazione Geriatrica AUSL Romagna.

**Indicatori e target:**

***Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda. Target:  $\geq 60\%$***

L'attività messa in campo ha consentito di raggiungere l'obiettivo indicato con un target di pazienti valutati con questa scala superiore al 70%.

### **3. Assistenza Ospedaliera**

#### **3.1. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**

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**

11. 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 openspace 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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 ridistribuzione degli spazi, la delocalizzazione della camera calda.
17. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva.
18. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Intensiva.

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

19. 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 evidenziate 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.

20. 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.
21. 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.

**3.2. Appropriatelyzza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera**

**Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente della 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.

**Indicatori e target:**

***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 del 19.04.2023].

***Indicatore NSG H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 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 H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (135 con 10% tolleranza). Target: >= 90%***

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: NSG], essendoci stati 9 interventi su 1.307 effettuati in altri reparti.

***Indicatore NSG H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata 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.

***Indicatore NSG H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni. Target: >= 90%***

Nel 2022 la percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni in Romagna è al 91,04%, con performance sotto il target solo presso l'ospedale di Ravenna (79,3%) - [Fonte: InSIDER].

***Indicatore NSG H013C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario. Target: >= 80%***

In Romagna, lo standard è garantito in una percentuale aziendale pari all'82,97% [Fonte: NSG].

***H017C/H18C – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti e % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti. Target regionale - <1.000 parti: <=20% punteggio sufficienza; <=15% punteggio massimo; ≥1.000 parti: <=25% punteggio sufficienza; <=20% punteggio massimo***

La percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno nel 2022 è stata del 15,45%, con la sede di Forlì che raggiunge il target massimo (14,75%) e la sede di Faenza che si colloca nel target di sufficienza (17,83%).

La percentuale di parti cesarei primari in strutture con più di 1.000 parti all'anno nel 2022 è stata del 15,84%, con tutte le sedi che raggiungono il target massimo (Ravenna: 18,34%; Cesena: 14,59%; Rimini: 15,33%).

**Controlli sanitari esterni e interni**

In merito al tema dei controlli sui DRG e sulla documentazione sanitaria, l'Azienda si è dotata di una struttura operativa trasversale, mediante l'individuazione dei componenti per ogni ambito e di un responsabile di processo che si deve occupare dell'organizzazione e della realizzazione delle verifiche sulla documentazione sanitaria, sia a carico delle UU.OO. ospedaliere sia di quelle delle Strutture Private Accreditate. I controlli sono mirati, oltre che alla verifica della corretta compilazione della documentazione,

anche alla valutazione sull'appropriatezza di utilizzo delle diverse strutture organizzative. Tale struttura di controllo poi predispone un periodico ritorno degli esiti delle verifiche che viene condiviso con tutte le UU.OO. e infine organizza incontri mirati con singole realtà in caso di situazioni particolari, al fine di correggere gli eventuali comportamenti inappropriati.

**Indicatori e target:**

***Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatezza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017. Target:  $\geq$  al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura***

Il NAC (Nucleo Aziendale Controlli) anche nel corso del 2022 ha effettuato i controlli esterni secondo quanto indicato nel PAC (Piano Annuale dei Controlli - Determina Giunta Regionale 335/2022). La modalità a distanza è attuata per l'intero percorso (documentazione sanitaria, disamina congiunta) solo per una Casa di Cura in quanto presso la stessa è in uso una cartella clinica completamente informatizzata ed accessibile da remoto. Negli altri casi la verifica della documentazione è avvenuta in presenza e in condizioni di sicurezza per gli operatori.

I controlli interni sui DRG potenzialmente inappropriati sono stati effettuati secondo quanto previsto dalla Determina 335/2022:

- DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati: 100% dei casi
- DRG ordinari > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017: selezione campionaria superiore al 10% sul file inviato dalla RER
- DH diagnostici: : 100% dei casi.

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

Nell'Anno 2022, l'Azienda USL della Romagna ha attuato le strategie organizzative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi regionali prefissati, secondo le declinazioni di riferimento.

Nello specifico si afferma che, la vision e la mission condivisa con i referenti del percorso chirurgico, le azioni di miglioramento e i piani programmatori adottati, hanno permesso un miglioramento della performance aziendale, raggiungendo gli obiettivi secondo i valori target attesi.

Per quanto concerne l'obiettivo dell'erogato entro i tempi di attesa per gli interventi oggetto di monitoraggio, secondo le declinazioni: 90% della casistica oncologica entro i tempi di attesa; 85% per gli interventi di protesi d'anca; 90% per gli interventi cardiovascolari; 75% per gli interventi di chirurgia generale; 90% per gli interventi di biopsia percutanea del fegato entro i tempi di attesa, nell'anno 2022 l'Azienda USL della Romagna ha raggiunto i target attesi, nonostante la rimodulazione della produzione chirurgica finalizzata al recupero della casistica rinviata durante il biennio 2020-2021.

In riferimento alla casistica rinviata durante il 2020 e il 2021, la situazione aziendale, al 1° gennaio 2022, era di 10.735 posizioni in lista da recuperare.

L'Azienda USL della Romagna ha formulato dei piani operativi finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo e grazie alle soluzioni adottate e introdotte, in ottica di operations management, nel rispetto dei principi di efficienza, ha raggiunto un incremento della produzione chirurgica pari al 103% rispetto alla produzione dell'anno 2019 ed il recupero della casistica rinviata nella misura dell'84%.

**Indicatori e target: calcolo retrospettivo da SDO dell'erogato entro i tempi per gli interventi sottoposti a monitoraggio**

***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:  $\geq 85\%$  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:  $\geq 90\%$  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.

***Produzione chirurgica totale per azienda:  $\geq 92\%$  della capacità produttiva chirurgica del 2019***

Nel corso del 2022 l'Azienda con il contributo del privato ha realizzato una produzione chirurgica pari al 102,9% dei volumi 2019

**Indicatori e target: monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA**

***Indice di completezza Flusso SIGLA/SDO. Target  $\geq 90\%$***

L'indicatore che valuta la copertura del flusso SIGLA rispetto al flusso SDO per gli interventi oggetto di monitoraggio pone l'Ausl Romagna al 75,7% di corrispondenza, non raggiungendo l'obiettivo ma ponendosi al di sopra del dato medio regionale pari al 70,4% [IND0900 - Fonte: Siver]. Da un controllo interno è emerso che la causa principale del mancato raggiungimento del target è associata all'assenza del flusso SIGLA degli interventi di cardiologia. Si prevede, pertanto, di attribuire come obiettivo di budget 2023 l'informatizzazione della lista di attesa degli interventi di cardiologia.

**Indicatori e target: volume degli interventi chirurgici per azienda produttrice**

***Attuazione del Piano Operativo di Recupero degli interventi chirurgici rinviati durante il 2020 e 2021, a causa della Pandemia Covid-19. Target:  $\geq 80\%$  recupero della casistica***

L'azienda nel corso del 2022 ha realizzato un recupero degli interventi rimandati durante le ondate pandemiche del 2020 e 2021 che si è attestato intorno all'84% degli interventi (l'obiettivo assegnato dalla regione di recuperare almeno l'80% è stato quindi rispettato) - [Fonte: rendicontazione aziendale].

***3.4. Reti di rilievo regionale***

***3.4.1. 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%.

In Romagna l'indicazione a TAVI viene certificata in occasione del meeting multidisciplinare mensile, il cosiddetto Heart Team Romagna. In occasione di questo incontro vengono presentati i pazienti con stenosi valvolare aortica sintomatica che hanno contro-indicazione chirurgica certificata durante gli Heart Team locali (Forlì-Cesena, Rimini, Ravenna, Maria Cecilia Hospital) tenuti su base settimanale. La discussione del singolo caso prevede l'esposizione della storia clinica, dell'ecocardiogramma, della coronarografia ed aortografia e dell'angio-TAC toraco-addominale per lo studio degli accessi vascolari per l'eventuale TAVI. La discussione del caso può portare e riconsiderare l'indicazione a TAVI a favore dell'indicazione chirurgica. L'attività di TAVI viene svolta a Maria Cecilia Hospital da nostri operatori e consiste di sedute settimanali in cui di regola vengono operati da 3 a 4 pazienti.

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. E' perciò un compromesso tra esigenze cliniche ed organizzative, e risorse disponibili. 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.

### **Indicatori e target**

#### ***Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno. Target 2021***

Il numero di TAVI rispetto al 2021 è aumentato da 167 a 184 (+10,2%). Il dato è relativo ai pazienti ricoverati nelle Cardiologie dell'AUSL Romagna che eseguono la procedura "in service" presso MCH (permanenza a MCH per l'esecuzione della procedura, eseguita dagli operatori Aziendali certificati e ricovero di 1 notte per osservazione s.c.): ambito di Forlì-Cesena 72 pazienti, ambito di Ravenna 63 pazienti, ambito di Rimini 49 pazienti. Nel 2022 il numero di TAVI corretto per la popolazione è stato di 163 pazienti/milione di abitanti/anno. In questo calcolo non sono comprese le TAVI effettuate a Maria Cecilia Hospital: 106 di cui 33 residenti in Ausl Romagna.

L'aumento del numero di TAVI rispetto al 2021 è giustificato:

- dall'estensione dell'indicazione a TAVI ai pazienti tra 75 e 80 anni;
- dalla crescita della rete di diagnosi e presa in carico dei pazienti con malattie valvolari (Ambulatori Valvolari) nelle Cardiologie dei 7 ospedali della Romagna;
- dalla disseminazione dell'informazione a pazienti e cittadini, attraverso diversi canali comunicativi, degli ottimi esiti della procedura di TAVI in confronto alla sostituzione valvolare aortica per via chirurgica.

Indicatore di questa tendenza è ad esempio il fatto che nel 2022 il numero di TAVI in Regione Emilia-Romagna ha superato il numero di interventi cardio-chirurgici effettuati per questa patologia. E' atteso quindi che questa tendenza all'aumento (circa 10%) prosegua anche nel 2023, con l'obiettivo di mantenere i tempi di attesa all'interno dei 60 giorni. Da gennaio 2023 si stanno infatti effettuando 5 sedute mensili.

#### ***% Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track). Target ≥70%.***

La diagnosi di STEMI effettuata dal 118 sul luogo di soccorso del paziente mediante ECG teletraspresso all'UTIC di riferimento (e successivo trasporto diretto al Laboratorio di Emodinamica) è il presupposto per la cura efficace

dell'infarto miocardico. Nel corso di questi anni, segnati dalle conseguenze dalla pandemia da SARS-Cov2, molti pazienti con dolore toracico hanno rinunciato ad attivare il sistema dell'Emergenza.

Il ricorso al 118 del paziente con STEMI e le ragioni del mancato invio dello stesso al Laboratorio di Emodinamica di riferimento vengono monitorate all'interno dei Dipartimenti dell'Emergenza dell'AUSL Romagna.

Nel 2022, 438 dei 673 pazienti con STEMI assistiti dal 118 sono stati inviati direttamente in Emodinamica (65,1%). Questa percentuale è superiore alla media regionale dello stesso periodo (62,6%).

L'indicatore è stabile nel tempo e tuttora inferiore allo standard previsto. Le ragioni per il mancato invio diretto del paziente che retrospettivamente ha diagnosi di STEMI sono molteplici e dovranno essere affrontate attraverso audit clinici dedicati.

**% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro 0-1 giorno ( $\leq 90$  min). Target  $\geq 80\%$ .**

Secondo PNE l'esecuzione della PCI il giorno stesso del ricovero è proxy della sua esecuzione entro 90 min dalla diagnosi per i pazienti che ne necessitano.

Il ritardo dell'effettuazione della PCI entro i tempi stabilite dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia 2017 viene monitorato all'interno dei Dipartimenti dell'Emergenza dell'AUSL Romagna.

La percentuale di trattamento con PCI entro 0-1 giorno dell'AUSL Romagna anno 2022 è stata del 68,5%.

La rete dello STEMI dell'AUSL Romagna è da tempo consolidata, tutti gli operatori coinvolti agiscono con elevata professionalità e secondo standard definiti dalle Linee Guida. Per fornire spiegazione dei risultati non ancora in linea con l'indicatore individuato è stato proposto durante discussione budget 2023, con l'aiuto dell'UO Ricerca Clinica Valutativa, di istituire un registro prospettico gestito dagli operatori che, in via sperimentale, permetta di offrire le informazioni che la sola scheda SDO non è in grado di fornire.

**Numero di ICD mono e bicamerale eseguiti in piattaforma operativa. Target  $\geq 50$  procedure.**

Le piattaforme operative dell'AUSL Romagna sono: Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini. Nel 2022 sono stati impiantati complessivamente 232 ICD, superando in ogni piattaforma operativa il numero di 50 procedure.

**Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze.**

Come prima ricordato settimanalmente nelle UO di Cardiologia di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini vengono tenuti Heart Team locali in cui vengono discussi su base multi-disciplinare (cardiologo clinico, emodinamista, cardio-chirurgo) e, talora, multi-professionale (è prevista la presenza di infermieri CM) tutti i pazienti con patologie cardiache che possono prevedere interventi di rivascolarizzazione chirurgica o percutanea, correzione chirurgica o percutanea di malattie valvolari, chiusura forame ovale pervio ed auricola sinistra. Gli incontri sono aperti alla presenza di cardiologi ospedalieri e territoriali. Una volta al mese viene tenuto l'Heart Team Romagna (vedi sopra) che prevede la presenza di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente. Vengono tenute regolarmente, come da obiettivi budget, riunioni per l'implementazione del PDTA Scempenso Cardiaco. Vengono inoltre effettuati incontri regolari per l'implementazione ed il costante aggiornamento del PDTA Cardiomiopatie. I casi di cardiopatia congenita meritevoli di attenzione cardio-chirurgica vengono discussi in Heart Tema virtuale con i Colleghi cardiologi e cardio-chirurghi del centro di terzo livello (Policlinico S. Orsola, Bologna) da parte dei cardiologi pediatri della Romagna.

**3.4.2. 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 oltre 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.

**Indicatori e target:**

**% 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 sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa – Target: < 6,2 (media nazionale PNE)**

La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella rientra nell'obiettivo prefissato essendosi attestato nel 2022 al 4,46%, con valori grezzi (ossia non aggiustati secondo i criteri PNE) entro il range previsto su tutti i centri: Ravenna 2,1%, Santarcangelo 4,8% e Forlì 6,17% [Fonte: Siver].

**% 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].

**3.4.3. Rete dei tumori ovarici**

Nel corso del 2022 l'indicatore di volume inerente l'attività di ricovero con DRG chirurgico per tumore ovarico (diagnosi 183x + interventi 653x, 654x, 655x, 656x, 665x, 664, 666, 688) evidenzia un totale di 78 casi trattati in tutto l'ambito aziendale, dato in netta ripresa rispetto al 2020 (43) e 2021 (68) anni condizionati dal Covid, ma superiore anche ai volumi riferiti al 2019 (71 casi trattati).

**Indicatori e target:**

**% di casi concentrati nei centri HUB individuati dalla DGR 2242/2019. Target >= 80%**

Nel corso del 2022 si è realizzata la concentrazione della casistica nei due poli oncologici aziendali per il trattamento della patologia ovarica (Forlì e Rimini) per 58 casi su un totale di 78 (75%). Tale riscontro è indicativo del fatto che presso le sedi di riferimento sia attivo un approccio multidisciplinare e che i differenti ambiti collaborino nella costituzione di una rete aziendale.

**3.4.4. 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).

**Indicatori e target:**

**% 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.

**3.4.5. 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.

**Indicatori e target:**

***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**

**Indicatori e target:**

***Volumi per Trauma center – Target:  $\geq 240$ /anno***

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.

**Indicatori e target:**

***% 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 >= 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].

**3.4.6. Rete Neuroscienze**

**Adozione a livello aziendale del PDTA per la “Malattia di Parkinson” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d’anno**

È stato recepito il Documento di Indirizzo per l'Organizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Persona con Malattia di Parkinson/Parkinsonismo in Emilia-Romagna, smistato dalla Direzione in data 7.6.21.

Il documento regionale è stato discusso in sede di Dipartimento Neuroscienze ed è stato attivato un tavolo tecnico aziendale con l'individuazione di un referente clinico-organizzativo per la stesura definitiva del PDTA entro i primi mesi del 2023.

**Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “Demenza giovanile” secondo la DGR n. 2062/2021**

E' stato recepito il documento Linee di Indirizzo per l'Organizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Persona con Demenza ad Esordio Precoce nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna deliberato in data 6.12.21.

E' stato istituito il tavolo di lavoro per la definizione del PDTA con l'individuazione di un referente clinico-organizzativo. La deliberazione del PDTA è prevista entro il prossimo mese di giugno.

**Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA OSAS “Apnee Ostruttive nel Sonno” secondo la DGR n. 2189/2021**

E' stato recepito il Documento di Indirizzo per l'Organizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle persone con Sindrome delle Apnee Ostruttive in Sonno (OSA) in Emilia-Romagna deliberato il 20.12.21.

Attraverso incontri interdisciplinari con i professionisti delle discipline ORL e Pneumologia, è stato costituito il tavolo tecnico e nominato il referente clinico per la definizione del PDTA.

Nelle more della stesura del PDTA, si è definito che la neurologia di Ravenna contribuisce con 36 ore settimanali all'attività del Centro del Sonno di Lugo.

**3.4.7. Rete Malattie Rare**

I tempi di accesso agli ambulatori sono autogestiti dai singoli Centri e sono brevi e certamente compatibili con patologie potenzialmente ingratescenti. Sono disponibili su tutto il territorio aziendale sia il counselling genetico che il supporto psicologico. Di seguito l'analisi delle specifiche richieste ai Centri Hub:

- Tempo di attesa medio per il primo accesso
- Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento
- Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare
- Offerta di counselling genetico (modalità e tempi)
- Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)
- Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)

**Fibrosi Cistica**

Il tempo di attesa per il primo accesso è 2/3 giorni, molto spesso il primo accesso avviene il giorno successivo alla richiesta.

L'organizzazione del follow up è autogestita con programmazione periodica sia delle visite del centro medesimo sia delle consulenze specialistiche necessarie.

Sono disponibili in sede le figure del fisioterapista e del nutrizionista.

La consulenza genetica è facilitata dalla vicinanza del servizio di genetica, con condivisione degli spazi comuni con il Centro Fibrosi Cistica.

La consulenza psicologica è garantita dallo psicologo dedicato.

Al fine di perseguire l'obiettivo di continuità assistenziale nella transizione dall'età pediatrica all'età adulta è operativo un ambulatorio con specialisti di area medica, anche se i professionisti del Centro presenti sono in grado di gestire tutte le fasce di età.

I ricoveri ordinari dei minori avvengono in Pediatria, mentre gli adulti sono ricoverati in Medicina d'Urgenza nel caso di ricovero in urgenza e in Medicina Interna per i ricoveri programmati. Con tali unità operative sono state concordate le modalità di accesso e di consulenza.

### **Malattie Emorragiche Congenite (MEC)**

Il Centro MEC è operativo presso il Servizio Trasfusionale di Cesena (centro Spoke per l'AUSL della Romagna) dove sono inviati tutti i pazienti per la diagnosi e presa in carico. La rete aziendale delle medicine trasfusionali prevede la possibilità di garantire la prossimità dei trattamenti infusionali programmati nei diversi territori.

L'organizzazione del follow up dei pazienti è autogestita con programmazione sia delle prestazioni eseguite dal Centro stesso sia delle consulenze specialistiche necessarie.

Sono disponibili, in presenza o telefonicamente, uno specialista ortopedico e un fisiatra esperto.

È operativo un percorso odontoiatrico dedicato (nell'ambito dell'assistenza alle persone vulnerabili).

Con Deliberazione del DG 445/22 è stata istituita la Struttura Semplice Interdipartimentale (SSI) "Presa in carico delle Malattie Emorragiche e Tromboemboliche" in corso di assegnazione

In data 20/06/2022 è stato attivato il percorso di reperibilità telefonico per l'urgenza/emergenza del Pronto Soccorso.

#### **3.4.8. Rete dei Tumori Rari**

L'Azienda garantisce la partecipazione al gruppo di lavoro dei tumori cerebrali e al gruppo di lavoro dei GIST e sarcomi viscerali come richiesto dagli indicatori regionali.

### **GIST E SARCOMI**

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2022, presso la UOC di Chirurgia generale e terapie oncologiche avanzate del PO di Forlì sono state eseguite in totale 12 procedure per GIST istologicamente documentati e 10 procedure per sarcomi viscerali.

Tutti i casi sono stati presi in carico nell'ambito del gruppo interaziendale multidisciplinare oncologico (IRST-AUSL Romagna); l'iter diagnostico-terapeutico è stato concordato collegialmente. I criteri di priorità sono stati la radicalità oncologica e il risparmio d'organo/funzionale per i GIST (in questo caso privilegiando quando possibile approcci miniminvasivi) e ampie resezioni multi-organo per i sarcomi secondo le linee guida Internazionali.

Nel caso dei GIST, a prevalente localizzazione gastrica, sono state eseguite 8 resezioni gastriche di cui cinque con tecnica robot-assistita, due con tecnica laparoscopica e una con approccio tradizionale laparotomico. E' stato trattato per via laparoscopica un caso di metastasi epatica da GIST.

Dal 18 ottobre 2022 la UOC di chirurgia generale e proctologica PO Faenza è entrata a far parte del gruppo interaziendale multidisciplinare oncologico trattando un caso di GIST metastatico retroperitoneale per via laparoscopica.

Le attività di discussione e presa in carico multidisciplinare del paziente con presunto o accertato tumore stromale gastrointestinale o sarcoma viscerale sono state svolte con la regolare presenza di almeno uno dei chirurghi della UOC di chirurgia Gem-TOA, con cadenza settimanale, nell'ambito di un calendario strutturato e condiviso con le altre UOC coinvolte per mezzo di meeting dedicati e riunioni online con condivisione dei dati clinici, radiologici e strumentali.

Dal punto di vista scientifico-divulgativo, la UOC di chirurgia generale TOA è stata coinvolta nel 2022 nel programma scientifico del convegno "Sarcomas and GIST: the '20s challenges joining the new era" tenutosi a Cesena il 16 dicembre 2022 sotto l'egida dell'ISG (Italian Sarcoma Group) con la relazione: "Oligometastatic disease: how to win the chess game".

## **RETE TUMORI CEREBRALI**

Sono state seguite tutte le riunioni del Gruppo di Lavoro, l'ultima del 03.03.23.

Sono stati analizzati i dati di produzione delle Neurochirurgie della Regione, della mobilità attiva e passiva, riconoscendo delle criticità che saranno oggetto di approfondimento da parte del gruppo di lavoro.

Sono state accolte le precedenti delibere che prevedevano l'organizzazione di un Centro hub su Bologna per la Neurochirurgia Pediatrica e il riconoscimento di Team leader della Pituitary Unit del Bellaria per la patologia ipofisaria.

Sono stati, altresì, analizzati i dati di attività dei centri hub per la Chirurgia dell'Epilessia e per la Chirurgia del Parkinson.

Nell'ultimo incontro si è deciso di presentare un progetto per la costituzione di un Centro Hub per la Chirurgia dei nervi periferici individuato presso la SSD di Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico dell'Ospedale di Faenza.

Per quanto riguarda la Neurochirurgia Romagna gli obiettivi di presa in carico dei tumori cerebrali sono rispettati con un 100% di trattamento a 30 giorni dei tumori cerebrali maligni.

Altresì rispettato il recupero pazienti con posizione scaduta al 31.12.21

### **3.4.9. Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CCP)**

Il PDTA "Gestione del bambino affetto da patologia cronica" nell'Ausl della Romagna è stato redatto fin dal dicembre 2019, avendo come riferimento anche la DGR 857/2019.

Prosegue il percorso di implementazione della rete multidisciplinare delle cure palliative pediatriche nell'Azienda Usl della Romagna attraverso:

- il nodo Ospedale;
- il nodo Territorio, in cui le unità organizzative dedicate alla valutazione del bisogno ed alla definizione del percorso di presa in carico del caso sono rappresentate dal PUAP (Punto Unico di Accesso Pediatrico) e dalla UVMP (Unità di Valutazione Multi Professionale). Al riguardo, in tutti e tre gli ambiti sono stati individuati i rispettivi responsabili;
- i Centri di terzo livello, l'Hospice e la Day care.

## **Il nodo Ospedale**

Fanno parte del nodo Ospedale i presidi ospedalieri presenti nei Distretti Sanitari con le loro UO di Pediatria e Neonatologia, i DH e gli Ambulatori.

Presso i presidi ospedalieri vengono gestite le seguenti fasi di processo:

- possibilità di segnalare il caso al PUAP, in collaborazione con i medici referenti del caso clinico, attivando i servizi territoriali competenti;
- attivare la dimissione del paziente al domicilio, coerentemente con il PAI se esistente, previa valutazione della capacità/possibilità della famiglia di sostenere il carico assistenziale;
- collaborazione con gli specialisti sulla prescrizione dei presidi e/o ausili necessari per la dimissione a domicilio e condivisione con i Servizi Territoriali di presa in carico;
- collaborazione con gli specialisti per il rinnovo dei Piani Terapeutici per facilitare le famiglie;
- il Case Manager gestisce la prima fase di addestramento dei caregiver/familiari e della rete familiare di assistenza a presidi e device, con verifica della loro autonomia ed eventuali successivi retraining;
- gestione dei ricoveri nelle fasi di riacutizzazione della patologia cronica tramite accesso diretto e coordinamento dei ricoveri programmabili;
- coordinamento e collaborazione con i servizi di DH/Ambulatori;
- valorizzazione dell'Ambulatorio Neuro-Gastro Disabili (PA 09) come visione multi-professionale complessiva dell'assistenza del bambino con neurodisabilità rispetto ai bisogni di rete;
- Strutturazione di risposta ai bisogni di pazienti fragili inviati dalla NPI con personale dedicato e formato;
- PDTA con posti CUP gestiti dal Case Manager per appuntamenti concordati direttamente con i familiari per eco, rx transito ed rx e controlli odontoiatrici (PD 11) e video EEG;
- organizzazione di un ricovero ospedaliero quando richiesto dalle famiglie per l'accompagnamento al fine vita per la sedazione palliativa.

## **Il nodo Territorio**

Fanno parte del nodo Territorio la Pediatria di Comunità, i Servizi Sociali, ADI, i Pediatri di Libera Scelta, la Neuropsichiatria (compresi Logopedisti, Fisiatri e Fisioterapisti) e la Scuola.

A livello territoriale:

- si partecipa attraverso il PUAP (Punto Unico di Accesso Pediatrico) alla UVMP (Unità di Valutazione Multi Professionale) per definire il percorso di presa in carico del caso;
- si redige e revisiona il PAI in collaborazione con i professionisti coinvolti, con verifica dei criteri di appropriatezza del percorso;
- si pianificano e attuano gli interventi coinvolgendo tutte le figure assistenziali del territorio individuate nella Rete in attuazione del PAI;
- il Case Manager collabora alle riunioni di équipe per gli inserimenti scolastici per i pazienti ad alta complessità assistenziale come figura di riferimento della famiglia.

## **Centri di terzo livello, Hospice, Day Care:**

Su questo nodo:



- si condivide il PAI, quando esistente, per consulenze e condivisione dei casi ad alta complessità presenti sul territorio per migliorare l'outcome dell'assistenza (anche con Hospice pediatrico di Bologna, con cui c'è stretta collaborazione);
- ci si occupa dell'attivazione degli specialisti per la presa in carico territoriale (fisiatria, fisioterapia, ordine dei presidi/device, logopedia, psicologo, attività scolastiche) dopo ospedalizzazioni presso altri centri;
- si verifica l'andamento per una miglior risposta assistenziale in caso di cambiamenti sulle indicazioni dei Centri di Riferimento che devono essere condivisi e ci si occupa di mantenere aggiornato il day care dopo la consulenza.

**Indicatori e target:**

***Garanzia del conferimento dei dati richiesti***

I dati richiesti sono regolarmente e tempestivamente conferiti

***Partecipazione delle Aziende al gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio ed implementazione della rete per le CPP tramite i referenti individuati***

L'Azienda garantisce la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio ed implementazione della rete per le CPP attraverso i referenti individuati.

***Presenza in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo***

Per ogni ambito territoriale sono presenti almeno un medico ed un infermiere formati in CPP. In totale in Azienda ci sono 5 professionisti formati (2 medici e 3 infermieri) e un ulteriore medico è in procinto di iniziare il percorso formativo.

***3.4.10. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie***

Presso l'AUSL della Romagna è strutturato ed attivo un protocollo di screening neonatale per le malattie endocrine e le malattie metaboliche ereditarie. Lo screening endocrino-metabolico viene effettuato su tutti i neonati presso tutti i punti nascita dell'azienda secondo specifiche Istruzioni Operative locali in linea con quanto indicato dal centro screening di Bologna.

**Indicatori e target:**

***Percentuale di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche. Target 100%***

Tutti i neonati in Azienda sono stati sottoposti agli screening per le malattie endocrine e metaboliche

***Percentuale di consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo. Target 100%***

Non sono state segnalate non conformità da parte del centro hub.

***Percentuale di prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016. Target 100%***

Non sono state segnalate non conformità da parte del centro hub.

***Percentuale delle famiglie richiamate per nuovo prelievo/accesso al centro clinico entro le tempistiche richieste dal laboratorio di screening neonatale. Target 100%***

Dati in fase di predisposizione.

***3.4.11. Screening neonatale oftalmologico***

**Indicatori e target:**

***Punti Nascita in cui è attivo lo screening oftalmologico. Target 100%***

Lo screening oftalmologico è attivo in tutti i punti nascita aziendali.

***Punti Nascita che hanno implementato un protocollo/procedura per favorire l'integrazione fra i neonatologi/pediatri ospedalieri, i PLS e gli oculisti del SSN. Target 100%***

In tutti i punti nascita aziendali sono attive specifiche Istruzioni Operative condivise tra le UUOO Neonatologia/Pediatria e Oculistica, all'interno delle quali sono identificate le competenze dei singoli servizi, definite le modalità di esecuzione dello screening visivo a tutti i nuovi nati e stabilite le indicazioni all'esecuzione di una visita specialistica oftalmologica.

Trasversalmente viene invece eseguito il test del riflesso rosso attraverso oftalmoscopia indiretta da parte dei neonatologi/pediatri durante la degenza in rooming-in o in TIN/Neonatologia. Vengono poi sottoposti a visita oculistica specialistica tutti i neonati con almeno uno tra i seguenti criteri:

- EG alla nascita  $\leq$  32 settimane e/o peso alla nascita  $\leq$  1500 gr (da eseguirsi tra la 4° e la 6° settimana di vita, non prima della 30-31 settimana di età post-concezionale);
- familiarità per patologie oculari;
- sospetta o accertata patologia con coinvolgimento oculare;
- alterazioni del riflesso rosso.

Non ancora in tutti gli ambiti distrettuali dell'Ausl della Romagna i protocolli operativi includono nel percorso anche i pediatri di libera scelta, con l'obiettivo di completare l'integrazione nel corso del 2023.

**3.5. Centri di riferimento regionali**

Questa Azienda partecipa a tutte le attività ed al rispetto dei percorsi definiti nelle rispettive Delibere di istituzione dei Centri di riferimento regionali.

**DGR 1172/2018 “Centro Hub interaziendale per la Chirurgia dell'Epilessia”, DGR 2199/2019 “Centro regionale interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica”, DGR 2184/2019 “Centro regionale Pituitary Unit”**

Le UU.OO. di Neurochirurgia, Neurologia e Pediatria sono informati e collaborano ognuno per la parte di propria competenza all'implementazione dei percorsi previsti dalle DGR per la Chirurgia dell'Epilessia, la Neurochirurgia Pediatrica e il Centro regionale Pituitary Unit.

**DGR 2307/2019 “Definizione della rete clinica regionale e approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la diagnosi e la cura dell'endometriosi”**

In Azienda sono operativi gli ambulatori di secondo livello nella sede di Rimini e quelli di primo livello a Cesena, Ravenna e Forlì.

**DGR 2113/2017 “Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica”**

Nel corso dell'anno 2021 l'Ausl Romagna ha lavorato al progetto Aziendale “Aspetto Chirurgie Generali 2.0” differenziando le UU.OO. sulla base sia della specificità del singolo territorio sia della razionalizzazione delle attività chirurgiche e individuando per le diverse malattie i Centri cosiddetti Leader che sino ad ora sono distinti per il trattamento della patologia.

Per quanto riguarda le neoplasie ovariche sono stati individuate le UU.OO di Ginecologia di Rimini (centro Leader), Forlì (altra sede erogativa autorizzata) e quella di Ravenna (quest'ultima condizionata a progetto di attività).

## **DGR 1188/2017 “Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento delle Malattie Croniche Intestinali”**

La collaborazione con il centro di riferimento è operativa con le UU.OO di gastroenterologia, chirurgia e pediatria dell'azienda.

### **“Mesotelioma pleurico”**

Per quanto riguarda il mesotelioma pleurico, è attivo un gruppo di lavoro e nominato il team leader. Il gruppo ha già disegnato il percorso diagnostico e terapeutico del “paziente sospetto” e ha definito i criteri di individuazione dei “soggetti a rischio”.

Sono state individuate le strutture Ospedaliere di riferimento (Oncologia, Pneumologia Forlì, Chirurgia Toracica, Cure Palliative) e le strutture nei vari territori atte ad attuare il percorso. Il progetto è già stato presentato in Collegio di Direzione.

Alcuni membri di questo gruppo di lavoro sono coinvolti a livello regionale nel disegnare un percorso omogeneo per la prevenzione, eventuale identificazione e cura dei soggetti con mesotelioma ed assicurano la partecipazione a tutte le riunioni

### **3.6. Volumi-esiti**

L'Azienda prosegue nella valutazione dell'andamento delle performance aziendali in maniera regolare e sistematica, mediante un'analisi puntuale che monitora i risultati agli indicatori raccolti in varie piattaforme di riferimento nazionale, regionale e aziendale (SIVER, NSG, BERSAGLIO, PNE, Piano Performance, DM70).

#### **Indicatori e target:**

#### ***Colecistectomia laparoscopica: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura – Target: $\geq 100$ /anno***

Nel 2022 è stato garantito l'88,89% di interventi in reparti sopra soglia (1.478 su 1.661 interventi), ben al di sopra del 77,7% del dato complessivo regionale [Fonte: Siver].

#### ***numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura – Target: $\geq 75$ /anno***

Nel 2022 è stato garantito il 98,2% di interventi in reparti sopra soglia (2.241 su 2.282 interventi) [Fonte: Siver].

#### ***Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare. Target 100%***

Dati in fase di elaborazione

#### ***% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario– Target: $\geq 70\%$***

In Romagna, lo standard è garantito da tutte le strutture, raggiungendo la percentuale aziendale è del 82,97% [Fonte: Siver].

#### ***Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria $\leq 3$ gg -Target: $\geq 75\%$***

La rilevazione dell'attività del 2022 mostra un allineamento di tutte le strutture pubbliche aziendali ben al di sopra del 75%, con una media del 91,04% [Fonte: Siver].

In generale, per quanto riguarda i volumi in tutte le strutture sono ampiamente garantiti i livelli minimi di adeguatezza. Si è inoltre condotta negli anni passati l'analisi relativa alla performance di produzione delle strutture private, con un focus particolare sui volumi minimi delle attività chirurgiche. Le considerazioni sono state condivise con la committenza ed inserite negli accordi AIOP.

### **3.7. Emergenza ospedaliera**

#### **Rispetto dei tempi di attesa**

L'obiettivo dei tempi di attesa in Pronto Soccorso costituisce il terzo pilastro dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici, dopo il rispetto degli standard per le visite specialistiche e gli interventi chirurgici programmati, necessita di molte azioni che riguardano l'intero ospedale, una delle quali è rappresentata dall'attivazione di ambulatori specialistici U per visite urgenti (24/48 ore) e Ambulatori con sedute dedicate per prestazioni prioritarie (8/10giorni) al fine di evitare che pazienti con problematiche specialistiche urgenti o prioritarie non confluiscano in 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.

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

Il sovraffollamento però risente anche dello schieramento di unità mediche di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza: in questo anno la persistente riduzione di risorse mediche ha certamente contribuito ad allungare i tempi dei codici minori, i quali in passato erano processati da medici di Continuità Assistenziale che a tutt'oggi risentono dello stesso fenomeno di "shortage" dei medici dipendenti dell'emergenza urgenza.

Questo aspetto è maggiormente evidente nei PS più piccoli, con meno di 45.000 accessi, perchè la carenza di medici in un'equipe piccola è ovviamente più impattante rispetto ad un gruppo numericamente superiore e anche perchè gli ospedali di minori dimensioni non hanno in sede le specialistiche per effettuare consulenze e questo comporta inevitabilmente allungamento dei tempi.

#### **Indicatori e target:**

##### **% 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%. Tutti i PS/PPI raggiungono il target con l'eccezione di Riccione (76,1%), Lugo (80,5%), Faenza (81,1%). Il risultato è leggermente al di sotto del dato medio regionale pari al 85,9%.

##### **% 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 si attesta su valori che non permettono di raggiungere l'obiettivo ma superiori al dato medio regionale fermo al 73,9%.

#### **Interoperabilità flussi**

#### **Indicatori e target:**

##### **Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale**

A marzo 2022 è stato completato l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'integrazione con gli applicativi gestionali di emergenza territoriale 118.

Il meccanismo di integrazione prevede che all'operatore di triage sia presentato l'elenco delle missioni 118 attive, selezionando da tale lista viene automaticamente importato il codice di missione del 118.

Ad oggi questa selezione non è stata resa obbligatoria e l'utilizzo non risulta uniforme in tutti gli ambiti territoriali.

## **Numero di emergenza europeo 112 - Centrali Operative 118 - Emergenza territoriale**

### **Indicatori e target:**

**Indicatore NSG -D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Target: <=21 punteggio sufficienza; <=18 punteggio massimo**

L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla Centrale Operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento. L'Azienda Usl della Romagna nel 2021 si attesta su una performance di 15 minuti, in linea con il target atteso.

**Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ). Target 90%**

Le patologie FHQ (Arresto Cardiaco, Sindrome Coronarica Acuta, Insufficienza Respiratoria Acuta, IStroke (ictus) e Trauma maggiore critico), che costituiscono le 5 maggiori cause di morte, sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento. Per queste patologie, il sistema di emergenza gioca un ruolo fondamentale, in quanto fornisce assistenza idonea e tempestiva sul posto, avviando un appropriato trattamento nel contesto pre-ospedaliero, assicurando un rapido accesso ad un idoneo centro per le cure definitive. La risposta adeguata è l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS), dotati cioè di personale medico e infermieristico qualificato, apparecchiature elettromedicali per il supporto delle funzioni vitali e di farmaci salvavita. L'indicatore, che permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza, evidenzia come in Romagna nel 2022 la quasi totalità degli interventi (14.989 su 14.993, il 99,97%) sono stati effettuati con mezzi di soccorso avanzati.

### **3.8. Attività Trasfusionale**

Nell'anno 2022 è stata garantita l'autosufficienza locale, con contributo all'autosufficienza regionale e nazionale cedendo 4.122 unità di emazie, 517 unità di plasma da aferesi e 100 unità di concentrati piastrinici per uso clinico. Pur con le difficoltà dovute alla pandemia, nel 2022 sono stati inviati alla produzione di farmaci plasmaderivati 25.727 kilogrammi di plasma, con una contrazione dell'1,1% rispetto al 2021; calo più contenuto rispetto al -3,8% regionale e al -2,3% nazionale. Relativamente alla corretta gestione della risorsa sangue, nel 2022 gli accessi ai servizi trasfusionali all'interno del programma di PBM hanno superato i livelli pre-covid del 2019, sono inoltre stati avviati percorsi, compresa la parte amministrativa, di arruolamento per pazienti afferenti a strutture accreditate convenzionate per interventi chirurgici in elezione.

### **Indicatori e target:**

**Predisposizione e invio al CRS dei report trimestrali sui dati di attività di Unità raccolte e trasfuse**

I report trimestrali vengono puntualmente messi a disposizione del Centro Regionale Sangue attraverso l'applicativo CRSNet.

**Attivazione a richiesta, e revisione degli accordi preesistenti, delle Convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale ai sensi della normativa di cui al DM 1 agosto 2019**

I Servizi Trasfusionali partecipano alla stipula e/o revisione di convenzioni con strutture private accreditate, con stesura di protocolli operativi. Effettuano le verifiche semestrali coerentemente con la DGR 865/2016.

**Garanzia della validazione dei flussi Ministeriali entro i termini previsti (SISTRA Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali)**

I Servizi Trasfusionali di Ausl Romagna hanno completato e validato i flussi dei dati relativi a raccolta, attività, emovigilanza e cellule staminali entro i termini stabiliti dal CNS/CRS.

***Garanzia dell'attività dei COBUS (secondo ASR 21/12/2017), con incontri almeno trimestrali***

Tale garanzia è stata ottenuta con la pubblicazione della delibera 235 del 12/07/2022 che ha revisionato e aggiornato la costituzione e il funzionamento del Comitato del buon uso del sangue (Cobus), confermando la necessità di tre Cobus, uno per ogni SIMT. Nel corso dell'anno 2022 sono stati effettuati e verbalizzati nove incontri: quattro nell'ambito Cesena-Forlì; due per il SIMT Ravenna; due per il SIMT Rimini; in data 12/12/2022 si è tenuto un Cobus comune aziendale.

***Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue***

Le GPGs sono state recepite ed applicate attraverso il costante utilizzo di modalità di Risk Assessment; definizione di specifiche Job description; convalida del processo di detersione cute; gestione dei magazzini con monitoraggio di temperatura e umidità; controlli microbiologici delle superfici; convalida dei processi di conservazione temporanea; qualificazione dei locali/area di confezionamento; pubblicata la procedura di rilascio di programma.

***Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per l'utilizzo appropriato di MPD***

Il gruppo è stato costituito, i componenti sono definiti in un progetto di miglioramento "Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per l'utilizzo appropriato di Medicinali Plasma Derivati", tale documento è stato condiviso con il CRS in data 29/12/2022

**3.9. Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

Gli obiettivi 2022 assegnati dal CRT all'AUSL Romagna sono stati nel loro complesso raggiunti, come rappresentato dai responsabili del CRT durante l'incontro tenutosi in data 9 marzo 2023.

**Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica**

***Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate).***

I Coordinamenti Locali sono stati resi operativi al 100%, individuando per ogni sede il coordinatore medico e il personale infermieristico con posizione organizzativa specifica assegnato al ruolo a copertura di turni H12.

***Emergenza Covid-19: creazione di percorsi "puliti" che consentano la continuità dell'attività donativo-trapiantologica***

Sono stati organizzati specifici percorsi che hanno garantito la regolare e continua attività donativo-trapiantologica anche in periodo Covid.

***Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) . Target > 50%***

Presso l'Ospedale di Cesena, sede di neurochirurgia, il rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta si è attestato oltre il target del 50%.

***Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi. Target < 33%***

Considerando la media Aziendale, l'obiettivo è stato raggiunto con una percentuale di opposizioni inferiore al 33%.

***Numero di donatori di cornee sul totale dei decessi dell'anno 2019 con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER.***

L'obiettivo complessivo Aziendale assegnato dal CRT-ER è stato raggiunto. Rispetto alle singole sedi ospedaliere solo il presidio di Faenza non ha pienamente conseguito il target.

***Prelievo da un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni). Target: come da indicazioni del CRT-ER***



L'obiettivo complessivo Aziendale è stato raggiunto nel rispetto delle indicazioni del CRT-ER.

### **Donazione cuore fermo (DCD)**

#### ***Nr. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/nr. segnalazioni donatori di organi a cuore battente***

In Ausl Romagna, nel corso del 2022, l'attività di DCD è svolta presso i P.O. di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini.

### **3.10. Accreditemento**

Nell'anno 2022 l'Azienda U.S.L. della Romagna ha facilitato la partecipazione dei propri professionisti nella definizione dei progetti di revisione dei requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento regionali. In particolare, è stata attivata la collaborazione con un professionista del Settore Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Sanità Politiche Sociali e Welfare per il *"Progetto Regionale di Revisione dei Requisiti di Autorizzazione e Accreditemento"*. Inoltre, i professionisti dell'Azienda hanno collaborato alla definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari adottati con DGR 2049 – 28 novembre 2022: *"Disposizioni in ordine al recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021"*.

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare con nota prot. 26/03/2021 0270238U ha comunicato di procedere con la verifica di sorveglianza biennale al Sistema Sangue Romagna nei mesi di dicembre 2021 – gennaio 2022 – febbraio 2022. Con Nota Prot. 12/01/2022.0021711.U. Il Coordinatore dell'OTA Regionale comunicava le date della verifica: il 18-19-20-21 gennaio 2022.

La verifica si è svolta nei tempi e nelle modalità previste nei tre servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e Officina Trasfusionale dell'Azienda U.S.L. della Romagna.

Le risultanze della verifica (verbale Prot. 08/04/2022.0355432) hanno esitato in azioni e progetti di miglioramento comunicati all'OTA RER (prot. 14-04-2022\_0376195\_E e risposta Prot. 26/09/2022.0955378.U).

La prossima verifica di sorveglianza per il mantenimento dell'accreditamento istituzionale – LR 22/2019 e s.m.i. è prevista nei mesi di dicembre 2022– febbraio 2023.

### **3.11. 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.

Come riportato in seguito, 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

sala 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.

### **Indicatori e target:**

***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  
Ausl Romagna: 98,1%

***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 Segnale. 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.

### **3.12. Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure**

Nel 2022 sono proseguite le attività per garantire la costante implementazione delle buone pratiche regionali attraverso tre direttrici principali:

- Realizzazione, revisione e aggiornamento delle Procedure Aziendali inerenti i temi delle cadute, contenzione, lesioni da pressione e accessi vascolari;
- Organizzazione di percorsi formativi ad hoc;
- Promozione della segnalazione e analisi di eventi inerenti gli argomenti citati, significativi, da cui trarre ulteriori opportunità di miglioramento.

In particolare:

**CADUTE** - dal 2022 sono attivi n. 3 sottogruppi di progetto per la realizzazione di 3 istruzioni operative per la prevenzione del rischio caduta in Pronto Soccorso, In area pediatrica e in Ostetricia (mamma neonato);

**CONTENZIONI** - è stata realizzata una procedura unica aziendale con schede specifiche rivolte al paziente cardiologico/area intensiva, al paziente del contesto riabilitativo e all'uso appropriato della contenzione farmacologica.

**LESIONI DA PRESSIONE** - durante il 2022 sono proseguite le attività per l'implementazione delle buone pratiche regionali, inoltre è stato mantenuto il monitoraggio per la gestione e l'uso appropriato della Terapia a Pressione Negativa, delle superfici antidecubito e delle medicazioni avanzate.

**ACCESSI INTRAVASCOLARI** - nel 2022 sono proseguite le attività di implementazione della Procedura Aziendale adottata con delibera del Direttore Generale n°. 204 del 30/06/2021 avente ad oggetto "Approvazione ed adozione procedura aziendale PA 260:- Gestione TAV e attivazione dei team accessi vascolari". Prosegue inoltre, la costituzione dei team accessi vascolari e sono state definite le modalità organizzative di attivazione del team per ciascun ambito territoriale. In ogni ambito è attivo un processo di miglioramento del percorso attraverso corsi di formazione ad hoc per alcuni setting, revisione delle attività e del personale ecc....

#### **Indicatori e target:**

##### ***FAD "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022". Target >= 40%***

Il corso FAD presente su portale regionale e-llabER e su eLearning aziendale è stato frequentato da circa il 46% degli operatori afferenti ai setting assistenziali delle aree mediche, geriatriche, chirurgiche e riabilitative.

##### ***FAD "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2022". Target >= 20%***

Da una indagine interna sembrano aver partecipato alla FAD in oggetto, almeno il 20% dei professionisti coinvolti nella gestione delle lesioni da pressione. Per una conferma del dato, siamo in attesa del flusso Regionale prodotto da e-llabER.

##### ***Seminari di approfondimento sulla valutazione, differenziazione e categorizzazione delle Lesioni da pressione***

Nel corso del 2022 sono state svolte n.10 edizioni del seminario di approfondimento in oggetto, rivolto ai professionisti coinvolti nel processo di gestione delle lesioni da pressione, nonché ai referenti esperti Wound Care di Unità Operativa. Le edizioni del corso sono state tenute dai referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC) che hanno partecipato alla formazione regionale in merito alla categorizzazione e valutazione delle lesioni da pressione.

### **3.13. Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**

#### **3.13.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2021**

##### **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 inappropriatezza, 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 2020, 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.

### **3.13.2. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza 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].

#### **Indicatori e target:**

##### **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:  $\leq 49$  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.

### **Indicatori e target:**

**% 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.

#### Indicatori e target:

**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>Valore atteso anno 2022</b>	<b>Risultato anno 2022</b>
<b>Impiego del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</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%.

### **3.13.3. Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate**

#### ***Indicatori e target:***

**% farmacie convenzionate che hanno sviluppato la funzione di rilascio identità digitale al cittadino sul totale delle farmacie. Target  $\geq 70\%$**

Il totale delle farmacie attive con la funzione di rilascio dell'identità digitale al cittadino sono arrivate nel corso del 2022 al 71% del totale (vs target  $\geq 70\%$ ). Le farmacie non ancora attive state sollecitate a garantire l'adesione. La formazione è stata seguita da Lepida.

**% farmacie convenzionate coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE sul totale delle farmacie del territorio (Fonte: portale VIGIRETE). Target  $\geq 66\%$**

Il totale delle farmacie coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE è giunto al 77% del totale (74% Ravenna, 87% Forlì-Cesena, 71% Rimini). 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.

### **3.13.4. Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali**

#### **Adempimenti dei medici prescrittori**

La farmacia aziendale ha prodotto periodica rendicontazione per i centri prescrittori sullo stato della compilazione e chiusura dei registri di monitoraggio della Piattaforma AIFA. Contestualmente, è stata assicurata piena collaborazione ai medici per la corretta compilazione dei registri di monitoraggio AIFA e del DBOnco.

#### **Trattamenti di rilievo nelle terapie COVID-19**

Relativamente ai trattamenti di rilievo nelle terapie Covid-19, l'Azienda ha dato applicazione al percorso condiviso per l'approvvigionamento del farmaco, ha garantito il monitoraggio delle giacenze ed effettuato la rendicontazione periodica del consumato alla Regione ed al Centro Antidoti della AOSP-Universitaria di Ferrara.

#### **Qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche**

Sulla tematica della sicurezza delle cure farmacologiche, l'Azienda ha avviato i seguenti progetti:

- *Ricognizione e riconciliazione farmacologica* su 3 NCP pilota in pazienti anziani in politerapia, che ha visto una fase formativa degli MMG e una fase di discussione dei report (ricognizioni), finalizzata a valutare le interazioni farmacologiche rilevate ed i farmaci inappropriati secondo criteri di Beers, con coinvolgimento degli specialisti di branca per supportare la riconciliazione terapeutica.
- *Farmacista Clinico nell'OsCo della Casa della Salute di Forlimpopoli*. A partire da giugno 2022 è stato inserito il Farmacista Clinico nell'OsCo di Forlimpopoli, con accesso medio di 2 giorni/settimana, che supporta il geriatra attraverso la Ricognizione terapeutica, con applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17 e Regionale n. 2, evidenziando i farmaci potenzialmente inappropriati secondo i criteri di Beers e le interazioni farmacologiche rilevate tramite l'applicativo informatico UpToDate. Attraverso l'affiancamento all'infermiere nella fase di somministrazione della terapia viene favorita l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 19 e Regionale n. 4 individuando i farmaci che si prestano a manipolazione della forma farmaceutica orale. In fase di dimissione il farmacista

supporta l'infermiere Case Manager nell'attività di counseling al paziente mediante predisposizione di diario terapia e di materiale informativo sulle terapie a domicilio.

### **3.13.5. Farmacovigilanza**

L'Azienda, per perseguire l'applicazione delle procedura AIFA in materia di farmacovigilanza e vaccinovigilanza, ha assicurato la partecipazione attiva dei farmacisti nelle diverse attività messe in campo. Sul tema anche per il 2022 la maggior parte delle AEFI (rispetto alle ADRs) è stata relativa alle segnalazioni da vaccino anti COVID-19 in conseguenza della vasta campagna di immunizzazione messa in atto in Italia contro il Coronavirus e in parte dell'adesione dell'AUSL Romagna al progetto di Farmacovigilanza attiva "ilmioVaccinoCOVID19" (di durata biennale) approvato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e coordinato dall'Università di Verona.

Per quanto concerne la gravità delle sospette reazioni avverse segnalate, globalmente quelle non gravi si sono attestate intorno al 79%, mentre le gravi intorno al 21%.

Inoltre, sono stati portati a termine i progetti regionali di Farmacovigilanza attiva:

- REDEGA (interventi strutturati di formazione e informazione finalizzati al monitoraggio del profilo rischio-beneficio dei farmaci biologici utilizzati in ambito Reumatologico, Dermatologico e Gastroenterologico);
- POEM2 (Onco-ematologia);
- PAPEOS (utilizzo dei farmaci nei pazienti pediatrici ospedalizzati e loro sicurezza d'impiego);
- FARO (Farmacovigilanza in Ospedale: Rete Ospedaliera di monitoraggio e prevenzione delle reazioni avverse per la promozione dell'uso sicuro dei farmaci);
- SOFARE (Forme farmaceutiche orali alterate: formazione/informazione agli operatori sanitari e valutazione di potenziali interazioni con altri farmaci e/o alimenti nella popolazione anziana/istituzionalizzata della Regione Emilia-Romagna)

#### **Indicatori e target:**

***N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: Rete Nazionale di Farmacovigilanza). Target  $\geq 50$  segnalazioni***

Il dato relativo all'Ausl della Romagna desunto da RNFV 2022 si attesta a 1.167 segnalazioni ogni 100.000 abitanti (vs target  $\geq 50$  segnalazioni).

### **3.13.6. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza**

#### **Obiettivi di spesa**

Nel 2022 si è registrata una spesa per Dispositivi medici (compresi IVD) pari a € 146.841.616 (fonte GRDM), corrispondente a +1,6% vs obiettivo specifico assegnato (pari a € 144.562.409). L'incremento di spesa registrato nel 2022 è dovuto, oltre alla revisione generale dei prezzi di diversi prodotti, anche all'aumento relativo ai dispositivi impiantabili non attivi legato al potenziamento dell'attività chirurgica e interventistica al fine del miglioramento dei tempi di attesa. Inoltre per la diagnostica COVID contribuisce all'aumento dei costi l'impiego dei test molecolari non più forniti a costo zero dalla struttura Commissariale e all'utilizzo di test rapidi molecolari (presso i PS; LRR, Ostetricie, Pediatrie), che testano sia il COVID sia l'Influenza sia il virus respiratorio sinciziale (VRS), introdotti a seguito di valutazione e decisione da parte del Coordinamento gestione rischio infettivo aziendale.

## **Obiettivi di appropriatezza nell'utilizzo di DPI**

**GUANTI NON STERILI - Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2021. Target: -20% vs 2021**

La riduzione riscontrata nel 2022 (report GRDM 2022) sulla quantità di guanti non chirurgici è stata del 13,4% rispetto al 2021. Non è stato perseguito il target atteso ma comunque la performance supera la media regionale ferma ad una riduzione del 10,3%).

## **Applicazione delle buone pratiche per il corretto utilizzo dei dispositivi di medicazione**

**Partecipazione al corso FAD "Le medicazioni avanzate 2022" disponibile su E-llaber. Target: Partecipazione del 60% del personale infermieristico che opera nei setting di Medicina, Area Critica, Lungodegenza, Chirurgia, ADI**

Da una rilevazione interna emerge una buona adesione dei professionisti coinvolti alla formazione. Per una conferma del dato siamo in attesa del flusso Regionale prodotto da e-llabER.

## **Implementazione progetto "Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia POCT"**

L'Azienda ha garantito tutte le azioni necessarie all'implementazione del progetto e raggiunto gli obiettivi assegnati:

- Partecipazione agli incontri periodici del Tavolo tecnico regionale da parte del gruppo tecnico aziendale multidisciplinare
- Installazione con verbale di collaudo in data 27/03/2022 (verbale inviato alla Regione ed al Fornitore)
- Ordinativi di fornitura su portale IC pari al 100% dei fabbisogni forniti.

Per quanto concerne la pubblicazione e diffusione di almeno 1 reportistica periodica, a marzo 2023 è stato presentato lo specifico portale regionale in cui viene diffusa la reportistica periodica condivisa ai tavoli tecnici regionali.

## **Adesione alle gare regionali**

**Riduzione della spesa per le medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (cnd M0404), in conseguenza alla miglior adesione alla gara. Target: -1,5%**

La riduzione riscontrata nel 2022 (report GRDM 2022) sulla spesa per le medicazioni per ferite, piaghe e ulcere è stata del 9,9% rispetto al 2021, con una media regionale di riduzione del 5,6%).

**Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara. Target: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%**

La distribuzione dei consumi dispositivi da elettrochirurgia riporta in Romagna la seguente ripartizione: Ultrasuoni 64% e Radiofrequenza 36% (media regionale: Ultrasuoni 76% e Radiofrequenza 24%).

## **Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità**

**Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)**

Il costo medio per paziente per le protesi d'anca in Ausl Romagna nel 2022 è stato di €. 1.398, decisamente al di sotto del costo medio regionale pari a €. 1.743 e in decremento anche rispetto al costo medio aziendale 2021 che era di €. 1.625 (-13,96%) [Fonte: SIVER].

**Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)**



Il costo medio per paziente per pacemaker in Ausl Romagna nel 2022 è stato di €. 1.201 più basso del costo medio regionale pari a €. 1.242 ma in incremento rispetto al costo medio aziendale 2021 che era di €. 1.035 (+16%) [Fonte: SivER].

***Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)***

Il costo medio per paziente per defibrillatori impiantabili in Ausl Romagna nel 2022 è stato di €. 7.590, al di sotto del costo medio regionale pari a €. 8.120 e in decremento anche rispetto al costo medio aziendale 2021 che era di €. 8.116 (-6,5%) [Fonte: SivER].

***Tasso di copertura del flusso DiMe sul conto economico (Target>=90% - Fonte: flusso DIME e conto economico)***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

I dati elaborati dal GRDM (tuttavia non consolidati) riportano un tasso di copertura pari al 90,9%.

***Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Target>=40% - Fonte: flusso DIME e conto economico)***

Alla data del 25.04.2023 non risultano ancora disponibili i dati 2022 sul portale regionale InsidER.

I dati elaborati dal GRDM (tuttavia non consolidati) riportano un tasso di copertura pari al 64,4%.

## **Dispositivo Vigilanza**

Il tema correlato alla vigilanza sui Dispositivi Medici è stato affrontato in diverse sedute della CADM, quindi l'obiettivo di effettuare almeno due riunioni su argomenti di dispositivo vigilanza nel corso dell'anno è stato raggiunto (evidenza documentale agli atti).

Nel 2022 il tasso relativo al numero di segnalazioni incidente con DM si è attestato a 17,6 segnalazioni ogni 10.000 ricoveri a fronte di una media regionale di 10,8.

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

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

Il consuntivo 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.

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

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel 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.

##### **4.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili**

Anche nel 2022 l'Azienda USL della Romagna ha lavorato nel rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali in materia contabile ed in particolare:

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

- nella puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA;
- nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del proprio bilancio anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale;
- nell'assicurare nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche e nel bilancio di esercizio, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso l'alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali, effettuando le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale.

#### **4.1.3. La regolazione dei rapporti con i produttori privati**

I rapporti di fornitura per le prestazioni di degenza di non alta e di alta specialità con gli Ospedali Privati accreditati AUSL Romagna sono stati regolati mediante la formalizzazione e sottoscrizione dei piani di committenza definiti dal responsabile committenza sanitaria aziendale, in coerenza con il fabbisogno aziendale e in linea con i contenuti previsti dalla DGR n. 1541 del 09.11.2020 (non alta specialità, alta specialità, psichiatria) e DGR n. 1951/2020 (Centro Riabilitativo Luce sul Mare), contrattando a livello locale le risorse aggiuntive per alta specialità (emergenza cardiocirurgica + mitral clip) e Luce sul Mare.

Per la non alta specialità i piani di committenza sono stati definiti nel rispetto del Budget regionale assegnato all'AUSL Romagna. Per le prestazioni di non alta specialità, inoltre, è stata definita la progettualità per la riduzione dei tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati ed è stata trasmessa alla Regione Emilia-Romagna - Servizio Assistenza Ospedaliera con nota prot. 0350922/P del Direttore Sanitario la relazione per la preventiva autorizzazione prevista nella nota PG/2020 del 11.02.2020 della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna richiamata nella DGR n. 1541/2020.

#### **Indicatori e target:**

##### ***Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite.***

##### ***Target: 100%***

Il Flusso Regionale FCDC- Fatturato case di Cura – Monitoraggio Accordi è stato costantemente alimentato attraverso la piattaforma regionale alle scadenze previste e/o concordate con i Referente Regionale del Flusso. In particolare per l'anno 2022 sono state rispettate le scadenze per le sessioni del flusso attivate:

- Sessione 1° Semestre 2022
- Sessione 10 Mesi 2022
- Sessione Anno 2022

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

Nel 2022, stante il rinvio della partenza dell'Ausl della Romagna all'1/1/2025, 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).

## **Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)**

### **Indicatori e target:**

#### ***Emissione ordine NSO sui beni; target: 100%***

L'emissione degli ordini NSO sui beni per il 2022 è rilevato al 99%.

L'1% mancante è derivante dalla ancora non completa adesione al sistema Peppol dei fornitori da inizio anno.

#### ***Emissione ordine NSO sui servizi; target: 100%***

L'emissione degli ordini NSO sui servizi per il 2022 è rilevato al 59%.

Il residuo mancante è derivante dal fatto che molti fornitori dei Servizi non hanno ancora aderito al sistema Peppol.

## **Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)**

### **Indicatori e target:**

#### ***Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili)/stock del debito calcolato dalla PCC; Target: almeno il 95%***

Il rapporto fra lo stock comunicato dall'ente relativo all'esercizio 2022 (pari a 24,85 mln) e lo stock calcolato dalla PCC (pari a 24,78 mln) è al 99,9%.

Non si ravvedono particolari criticità nell'attività di allineamento complessiva

## **4.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

L'Ausl della Romagna anche nell'anno 2022 ha partecipato alla definizione della programmazione regionale delle procedure di acquisto rappresentate nel masterplan 2022-2023, recepito con determinazione del Direttore Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 5014 del 18/03/2022.

L'anno 2022 è stato caratterizzato, per quanto concerne il processo degli acquisti di beni servizi, dalla necessità di realizzare gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per quanto riguarda l'acquisizione di attrezzature sanitarie e i servizi di digitalizzazione delle strutture ospedaliere-sistemi informativi clinico assistenziali, nel rispetto dei tempi ristretti assegnati, assicurando nel contempo l'espletamento delle procedure di gara previste nella programmazione aziendale per l'approvvigionamento ordinario di beni e servizi. Per quanto riguarda gli interventi previsti nel PNRR questa Azienda ha proceduto alle relative acquisizioni esclusivamente attraverso adesioni a Convenzioni o Accordi-quadro stipulati dalla centrale di committenza regionale, individuata quale Centrale di Committenza per l'avvio delle procedure di gara riservate agli acquisti delle Pubbliche Amministrazioni finanziati attraverso i fondi del PNRR o da CONSIP.

L'altro elemento caratterizzante il settore degli acquisti di beni e servizi nel 2022 è stato il tema del significativo aumento dei prezzi/costi conseguenti alla pandemia da Covid-19 e al conflitto in Ucraina, che inevitabilmente si è riflettuto sia sui contratti in essere sia su quelli oggetto di gara. Per quanto riguarda i

contratti da concludere nell'ambito di procedure ad evidenza pubblica espletate in via autonoma, là ove non disponibili convenzioni della centrale di committenza o non previste in programmazione dalla stessa, si è previsto l'inserimento negli atti di gara di una clausola tipo di revisione prezzi elaborata ad hoc, stante l'obbligatorietà della stessa prevista dal D.L. 4/2022.

Con riferimento ai contratti di fornitura di beni e servizi in essere, relativamente ai quali sono pervenute, nel corso dell'anno 2022, numerose istanze da parte degli operatori economici contraenti volte ad ottenere la rinegoziazione delle condizioni economiche, questa Azienda – in assenza di una disciplina speciale ad hoc per i contratti di beni e servizi (disciplina, viceversa, esistente per il settore lavori), tenuto conto della giurisprudenza consolidata in materia di revisione prezzi, nonché delle indicazioni scaturite anche da un confronto con il Collegio sindacale interno - ha adottato un documento tecnico-operativo allo scopo di definire modalità omogenee a livello aziendale di gestione delle richieste che pervengono dai molteplici fornitori in tema di revisione prezzi. Tale documento è stato inviato alla Direzione generale Cura della persona Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna che ha valutato positivamente il documento tecnico organizzativo trasmesso dall'Azienda, ritenendo le modalità operative in esso descritte sostanzialmente coerenti con quelle adottate a livello regionale da Intercent-ER.

**Indicatori e target:**

***Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare). Target: 58% per ASL***

In ottemperanza alla normativa vigente, l'UO Programmazione e Acquisti Beni e Servizi effettua prontamente l'adesione a tutte le convenzioni Intercent-ER non appena essa 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.

**4.3. Il governo delle risorse umane**

**Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**

**Indicatori e target:**

***Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia***

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 riscontrata 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.

***Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Effettuazione di almeno il 30% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".***

Le attività concorsuali sono state espletate a livello di Azienda USL della Romagna e non per ambito territoriale; inoltre è stato utilizzato esclusivamente il modulo concorsi di WHR per la raccolta online delle candidature di tutti i concorsi (n. 41) ed avvisi pubblici (n. 44) del personale dirigenziale e del comparto emessi nell'anno 2022. E' stato altresì implementato l'utilizzo della raccolta online delle candidature per almeno il 42% delle procedure interne, quali ad esempio: selezioni per incarichi di funzione e per la trasformazione del rapporto di lavoro da Tempo Pieno a Tempo Parziale. E' stato ulteriormente sviluppato l'uso dell'evolutiva del modulo concorsi di WHR per procedure selettive esterne, il quale consente al candidato di inserire nella domanda online anche le informazioni relative al curriculum - che può non essere allegato - e permette una valorizzazione dei titoli curriculari sulla base dei dati autocertificati, mediante l'utilizzo di menù a tendina e campi descrittivi a loro disposizione.

Nel rispetto del cronoprogramma regionale, è stato avviato e messo in produzione il Modulo Presenze 2.0 di Dedalus, che ha sostituito il modulo precedente implementato da GPI a ottobre 2022 e sono stati programmati l'implementazione e l'avvio del Modulo Valutazione 2.0 di Dedalus, che sostituisce il modulo precedente implementato da GPI, con l'obiettivo di utilizzarlo per la Valutazione annuale 2022.

**Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.**

**Indicatori e target:**

***Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa***

Nel corso del 2021 le prioritarie azioni concertate con le OO.SS. sono state:

- predisposizione del Regolamento transitorio sul Lavoro Agile, approvato con deliberazione n. 392 del 05.11.2021, che ha disciplinato, nel rispetto delle indicazioni del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, le modalità di accesso al lavoro agile attraverso l'individuazione da parte dei Responsabili di UO delle attività che possono essere svolte in modalità agile, compatibilmente alle esigenze di servizio e nei limiti del 20% del monte ore teorico mensile delle posizioni mappate nel proprio servizio. Ciò è propedeutico alla



definizione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative a superamento del POLA. Detto Regolamento interviene nella disciplina del lavoro agile, in via transitoria, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi da definirsi ai sensi dell'art. 6 co. 2 lett. c) del DL 80/2021 convertito con modificazioni dalla L. 113/2021, nell'ambito del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO). Tale Regolamento Aziendale è stato oggetto di informativa alle Rappresentanze Sindacali Area Comparto e Aree della Dirigenza, agli Organismi Paritetici e al CUG, assicurando i livelli informativi e di partecipazione sindacale previsti dalla vigente legislazione contrattuale e normativa. Il Regolamento Aziendale transitorio è stato applicato a partire dal mese di novembre 2021;

- avvio, nel mese di giugno 2021, del confronto di contrattazione con le OO.SS. Dirigenza Area Sanità ai sensi del vigente CCNL 19.12.2019 in merito al nuovo Atto Aziendale sulla disciplina dell'esercizio della Libera Professione intramoenia e definizione dei criteri di costruzione delle tariffe. Parallelamente, è stato garantito un percorso informativo con le Rappresentanze Sindacali Area Comparto con particolare riferimento ai riflessi sul personale di supporto diretto. In data 21 dicembre 2021 è stato sottoscritto l'Accordo in merito all'Atto Aziendale di disciplina della Libera Professione che viene applicato in via graduale e progressiva a partire dal mese di gennaio 2022. E' stata data informativa anche alle rappresentanze Sindacali della Dirigenza PTA. Con deliberazione n. 505 del 29.12.2021 è stato adottato l'Atto aziendale Libera Professione Intramoenia;
- avvio e conclusione nel mese di novembre 2021 del confronto con le Rappresentanze Sindacali sulle schede di valutazione Area Comparto - incarichi di funzione e Aree della Dirigenza in relazione a quanto previsto dal piano di avvicinamento *"inclusione di una valutazione degli obiettivi di incarico tra quelli oggetto di valutazione"*. Il verbale di confronto sulle nuove schede di valutazione intervenuto con le OO.SS. delle Aree della Dirigenza è stato sottoscritto in data 30.11.2021, mentre per il verbale di confronto Area Comparto (personale del comparto e incarichi di funzione) è stato sottoscritto dalla RSU ed è in corso di completamento la raccolta delle firme OO.SS. Area Comparto.

## **Costi del personale**

### **Indicatori e target:**

***Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia, alla riduzione delle liste di attesa e alla prosecuzione della campagna vaccinale***

Le previsioni di bilancio relative al personale risultano rispettate. Si registra a consuntivo uno scostamento rispetto alla previsione pari a circa un + 4,60% ( + circa 37.000.000), ma lo stesso è relativo all'applicazione del CCNL 2019-2021 del comparto sottoscritto il 2/11/2022 ( circa 25.486.000 Euro) ed a costi che in sede di preventivo erano stati previsti negli accantonamenti a fondi rinnovi contrattuali e non nelle specifiche voci di spesa del personale ( IVC 2019-2021 personale area contrattuale dirigenza sanitaria e dirigenza PTA, IVC 2022-2024 personale di tutte le aree contrattuali, elemento perequativo comparto per un totale complessivo di circa 6.489.000 Euro). Inoltre, come da indicazioni regionali per la chiusura del bilancio d'esercizio, si è proceduto ad incrementare i fondi della contrattazione integrativa ( per un totale complessivo di circa 5.393.000 Euro) in relazione all'indennità di Pronto Soccorso comparto, all'aumento del trattamento accessorio (0,22%) comparto, all'ordinamento professionale comparto ( 0,55%) ed alla Legge Gelli. Nel 2022 si sono altresì registrati risparmi legati sia all'entrata in vigore dell'assegno unico universale erogato direttamente dall'INPS che ha sostituito l'assegno nucleo familiare, sia al diverso impatto in termini di utilizzo delle risorse umane della pandemia da Covid-19. La copertura del turnover 2022 infatti ha tenuto conto dell'obiettivo di riassorbire, in parte, le risorse aggiuntive attivate negli ultimi due anni a tempo indeterminato, continuando comunque a garantire la continuità nell'erogazione dei servizi di cui ai L.E.A., la corretta applicazione degli istituti contrattuali ed il potenziamento dei servizi territoriali.

L'andamento del costo del personale è stato oggetto di un costante monitoraggio ai fini di dare applicazione al PTFP e far fronte alle esigenze delle articolazioni aziendali mantenendo il rispetto dei vincoli di bilancio.

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

##### **Indicatori e target:**

***Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019); target: 100%***

L'azienda si è prontamente adeguata alle indicazioni regionali circa le richieste di parere al NRV definendo modalità di raccolta e invio della documentazione al responsabile dell'attuazione del programma regionale tramite apposite cartelle condivise fra la SS Tutele Assicurative e la Medicina Legale Aziendale al fine di garantire la tempestività richiesta dalle direttive regionali. Tutte le richieste di parere al NRV sono effettuate utilizzando il fac-simile regionale e tutti i sinistri sono trattati conformemente alle indicazioni della circolare regionale già dal 2019.

Al fine di ottimizzare le modalità procedurali di relazione fra le Aziende sanitarie e il Nucleo Regionale Valutazioni sinistri e di consentire un'appropriata programmazione dei lavori di tale organismo, la Regione ha infatti fornito indicazioni in merito ai requisiti di procedibilità delle istanze di parere.

Queste ultime devono essere trasmesse e caricate sull'apposita piattaforma sharpoint congiuntamente a tutta la documentazione rilevante del caso. Trasmissioni disgiunte sono consentite e rendono l'istanza procedibile solo nel caso in cui tutta la documentazione (clinica, giudiziaria e amministrativa) sia caricata nei due giorni lavorativi successivi alla trasmissione dell'istanza di parere.

Pertanto, le istanze di parere formulate e inviate al NVR nell'anno 2022 hanno rispettato le i criteri temporali e di completezza nel 100% dei casi.

***Rispetto dei tempi di processo: relativamente ai sinistri aperti dopo l'1 aprile 2017, % di istanze di parere al NRV sinistri che dichiarino che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, anche mediante utilizzo del fac-simile messo a disposizione delle Aziende; target: 100%***

Tutte le richieste di parere al NRV sono effettuate utilizzando il fac-simile regionale e tutti i sinistri sono trattati conformemente alle indicazioni della circolare regionale già dal 2019.

***Rispetto dei tempi di processo: % sinistri con intervallo di tempo tra apertura e determinazione CVS <= 180 giorni; target: >= 80% (media regionale 2020)***

In Ausl Romagna il 91,56% dei sinistri ha ottenuto la determinazione CVS entro 180 giorni dall'apertura, rispetto ad una media regionale che si attesta al 81,42% [Fonte: SivER].

***Grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo***

Per l'Ausl Romagna, i sinistri sono inseriti nel database regionale entro i tempi previsti dalla procedura (15 giorni dall'apertura) e tutti i casi sono inseriti entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

***Rispetto delle tempistiche e dei parametri stabiliti con nota prot. 1165981 del 7.12.2021 per i casi 1), 2) e 3): % provvedimenti emessi in corso di procedimenti giudiziari pervenute al NVR nel rispetto dei tempi indicati. Target: 85%***

Nel dicembre 2021, al fine di promuovere prassi collaborative fra il livello regionale e quello aziendale e al fine di ridurre quanto più possibile le richieste aziendali di parere al NVR "in urgenza", che hanno indotto il Nucleo ad operare al di fuori della ordinaria programmazione, sono state fornite "direttive per la gestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione i decisioni dell'autorità giudiziaria", che in relazione alle fattispecie ivi indicate prevedono tempistiche entro cui formulare le istanze di parere unitamente al contenuto che i verbali di CVS devono necessariamente esplicitare per consentire la presa in carico della richiesta.

Il rispetto delle tempistiche e dei parametri stabiliti nella nota prot. 1165981/2021 è stato raggiunto nell'85,71% dei provvedimenti.

#### **4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione 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.

#### **Indicatori e target:**

**% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno;  
target: >=90%**

Per l'anno 2022 la percentuale delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi da parte dei dipendenti dell'AUSL Romagna previste dalla normativa nazionale e regionale vigente effettivamente raccolte mediante l'applicativo WHR Time GRU è stata del 90% in riferimento al personale dipendente presente al 31.12.2022.

#### **4.6. Sistema di audit interno**

La funzione aziendale di Audit Interno è stata istituita in Azienda già dal 2015, inizialmente, con compiti di supporto all'implementazione del PAC – *Percorso Attuativo per la Certificabilità* dei bilanci delle aziende sanitarie. Il Mandato della Funzione le è stato conferito con Deliberazione del Direttore Generale n.234 del 10/07/2019. Le attività sono programmate sulla base di un'analisi dei rischi della tipologia amministrativo-contabile e realizzate come indicato nel Piano delle Attività che annualmente viene adottato con Deliberazione del Direttore Generale entro l'anno precedente. Successivamente, il lavoro svolto viene rendicontato con la Relazione sulle attività svolte indirizzata sia alla Direzione Amministrativa che al Collegio Sindacale.

##### **Completamento attività al 31/12/2022: 100% di quanto previsto**

In occasione dell'ultimo incontro del Nucleo Audit regionale, tenutosi a Bologna in data 30/09/2022 avente come scopo la presentazione e condivisione dei risultati della prima verifica di Audit condotta nel corso dell'anno con il supporto del Nucleo Audit regionale ed a seguito di CRSA – *Control Risk Self Assessment* - sul processo della Libera Professione Intramoenia, si è preso atto che alcune Aziende dovevano ancora completare il processo di verifica. Pertanto, il Nucleo ha ritenuto più opportuno non avviare una nuova attività di CRSA e di Audit su altri processi da definire ma di far completare tutti i lavori ed i relativi Report di Audit sul processo della Libera Professione Intramoenia, così da poterne fare un'analisi congiunta a livello regionale sui principali rischi emersi e sulle azioni previste per il loro contenimento all'interno di una soglia di rischio residuo accettabile.

In Romagna la CRSA - Control Risk Self Assessment sul processo della Libera Professione Intramoenia è stata condotta in data 5 aprile 2022 per l'autovalutazione del rischio corruttivo e del rischio di reporting da parte di UO Libera Professione, UO Bilancio e RPCT, supportati dall'Audit Interno quale facilitatore del processo di analisi e valutazione.

#### **4.7. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**

L'Azienda USL della Romagna nel 2022 ha proseguito il percorso di adeguamento della propria struttura organizzativa ai principi del GDPR, nonché alle disposizioni nazionali contenute nel d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e ai Provvedimenti dell'Autorità Garante non solo per una migliore organizzazione interna anche finalizzata alla prevenzione del rischio in materia di trattamento dei dati personali, ma anche per diffondere la cultura della protezione dei dati con particolare riguardo a quelli di salute. Si elencano alcune delle principali azioni:

- predisposizione e pubblicazione di nuove e specifiche informative;
- adozione della PA 208 per la Gestione del Data Breach allo scopo di gestire correttamente gli incidenti di sicurezza che comportino la violazione di dati personali;
- adozione e diffusione del nuovo Regolamento per l'utilizzo delle risorse informatiche dell'Azienda che tiene conto delle disposizioni normative soprarichiamate e dei provvedimenti del Garante;
- revisione e divulgazione a tutte le strutture aziendali che sottoscrivono accordi/convenzioni che comportano il trattamento di dati personali il modello di nomina di Responsabile al trattamento dei dati ex art. 28.
- attività formativa svolta in modalità FAD sulla piattaforma e-learning aziendale. Il corso FAD sarà fruibile sulla con la medesima modalità anche per il 2023.

**Indicatori e target:**

***Predisposizione di un modello per l'analisi del rischio e per la valutazione dell'impatto; Target: 100%***

L'AUSL della Romagna ha ritenuto opportuno acquisire, nell'ambito del Privacy Manager, ulteriori funzionalità del sistema applicativo tra cui quella funzionale allo svolgimento della Valutazione dei Rischi e della Valutazione d'Impatto (DPIA). Nell'anno 2022, Infatti, è stato condiviso con il Comitato tutela del dato, una proposta di impianto di check-list aziendale per l'analisi delle debolezze, formulata dai professionisti Engineering, per analizzare le tre dimensioni del Sistema Informativo a supporto di ogni trattamento: dimensione organizzativa, dimensione applicativa e dimensione infrastrutturale (Check-list Organizzativa; Check-list Applicativa; Check-list Infrastrutturale). Con l'impianto di check-list per l'analisi delle debolezze del sistema informativo si avvierà la Valutazione dei Rischi dei trattamenti presenti nel Registro, con l'UO Affari Generali e il GSI.

***Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto, telemedicina, app sanitarie,...); Target: 100%***

E' stato aggiornato il Regolamento per l'utilizzo delle risorse informatiche (Deliberazione 342/2022) ed è stato elaborato il nuovo piano di azioni per l'adeguamento alle misure di sicurezza AgID e alle indicazioni del Piano Triennale per l'Informatica nella PA dell'Azienda USL della Romagna - Triennio 2022-2024 (trasmesso con prot. 2022/0222378/P del 11/8/2022).

Nel corso del 2022 sono state attuate le seguenti misure:

- Misura ABSC 1.1.3/4: attivato un sistema permanente di monitoraggio del traffico di rete sia per tipologia (con verifica su IOC), sia per volumi anomali e con gestione delle segnalazioni.
- Misura ABSC 5.6.1: acquisita, installata e configurata soluzione di accesso VPN con autenticazione a 2 fattori (OTP tramite App) a oggi attivata per i manutentori esterni (fornitori di prodotti e servizi relativi ad hardware e software aziendali)
- Misura ABSC 10.4.1: sono state vagliate diverse soluzioni tecnologiche aggiuntive sostitutive degli attuali sistemi di backup, la soluzione implementata presso i datacenter Lepida, prevede procedure controllate e monitorabili che garantiscano la separazione della copia di backup da accessi o alterazioni indesiderate.

Misura ABSC 8.9.1/2/3: valutato, acquisito e messo in opera un sistema di scansione estremamente evoluto per il blocco delle mail potenzialmente dannose. In fase di valutazione un sistema di archiviazione avanzata in sostituzione del backup attuale.

***Definizione dei profili di titolarità/responsabilità e/o contitolarità nei PDTA nell'attività di ricerca scientifica; Target: 100%***

Il Responsabile del progetto di ricerca in collaborazione con la UO Ricerca Valutativa e Policy dei servizi sanitari, il supporto del Data Protection Officer (DPO) e/o del Referente Privacy aziendale, definisce il Progetto di Ricerca assicurando che il trattamento dei dati avvenga in conformità al Regolamento UE 2016/679 e ai Provvedimenti del Garante in materia. Successivamente al parere del Comitato Etico Romagna e della determinazione dirigenziale di autorizzazione allo studio, vengono sottoscritti fra le parti interessate contratti in cui sono definiti i profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità dei dati.

Nell'ambito di tali accordi, le parti, relativamente alla protezione dei dati personali del paziente, si qualificano come autonomi titolari del trattamento e i dati vengono trattati unicamente per le finalità connesse all'esecuzione del contratto.

L'Azienda compie ogni operazione di trattamento per il tramite dello Sperimentatore (PI), nominato Responsabile Interno del trattamento dei dati personali e relativi alla salute nell'ambito dello studio, con il compito e la responsabilità di adempiere a tutto quanto necessario per il rispetto delle disposizioni vigenti in materia e di osservare scrupolosamente quanto in essa previsto, nonché le istruzioni impartite dal Titolare.

È responsabilità del PI di ciascuno studio, in collaborazione con i co-sperimentatori, garantire la custodia e la sicurezza delle informazioni delle persone coinvolte nello studio e impedire che personale non autorizzato acceda alla

documentazione dei pazienti. Qualora venga individuata una eventuale CRO, quest'ultima può essere nominata dal Promotore quale Responsabile esterno del trattamento, in conformità all'articolo 28 del Regolamento UE 2016/679, limitatamente alle operazioni di trattamento di cui il Promotore ha la titolarità.

E' stato rivisto l'Accordo di Contitolarità per il trattamento dei dati personali con IRST IRCCS di Meldola, sottoscritto nel 2019, riferito alla finalità di cura e di ricerca del paziente onco-ematologico, adottato a seguito della Costituzione del Programma interaziendale Comprehensive Cancer Care Network.

#### **4.8. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti**

##### **4.8.1. Fascicolo Sanitario Elettronico/Portale SOLE**

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.

#### **Indicatori e target:**

***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.

**4.8.2. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88**

**Accordo di Programma V<sup>a</sup> fase, 1° stralcio - Intervento APC 37 – APC 38**

Gli interventi riferiti alla V<sup>a</sup> fase, 1° Stralcio su cui l'Azienda ha avviato l'iter per l'affidamento della progettazione degli interventi sono:

- ***Intervento APC 38 Nuova Costruzione edificio per servizi amministrativi Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna [CIG 8623205DDE – CUP G62C19000190008].*** E' stata indetta la procedura aperta per affidamento servizi di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva. Con determinazione n. 2685 del 06/09/2021 si è proceduto all'affidamento dell'incarico professionale ed in data 08/11/2021 è stato sottoscritto il disciplinare di incarico.
- ***Intervento APC 37 Nuova Costruzione Casa della Salute di Rimini [CIG 8766776C68 - CUP G92C19000130008].*** Con determinazione n. 1672 del 25.05.2021 è stata indetta la gara a procedura aperta per l'affidamento servizi di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva. Con determinazione n. 1800 del 10.06.2022 si è proceduto all'affidamento dell'incarico professionale ed in data 12/09/2022 è stato sottoscritto il disciplinare di incarico..

Le procedure relative alle istruttorie degli interventi previsti dall'Accordo di programma devono essere tassativamente completate, pena la revoca del finanziamento, entro il 29 gennaio 2024 e pertanto le richiamate procedure tecnico amministrative dovranno essere completamentene istruite dal Gruppo Tecnico Regionale, con esito positivo, entro il 31 dicembre 2023 al fine della predisposizione degli atti amministrativi necessari per la trasmissione della documentazione al Ministero della Salute.

Di seguito i tempi di presentazione al Gruppo Tecnico Regionale dei relativi progetti:

- APC37 Nuova Casa della Comunità di Rimini: PFTE in data 16/05/23; Progetto Esecutivo in data 12/12/2023.
- APC38 Nuovo edificio per servizi amministrativi presso l'Ospedale S. Maria delle Croci di Ravenna: PFTE in data 13/06/23; Progetto Esecutivo in data 12/12/2023.

**Indicatori e target:**

***Avvio della progettazione degli interventi strutturali ed impiantistici di cui all'AdP V fase, 1° Stralcio. Target si/no***

Per gli interventi APC 38 Nuova Costruzione edificio per servizi amministrativi Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna e APC 37 Nuova Costruzione Casa della Salute di Rimini si conferma il rispetto delle tempistiche di cui all'art. 1 c. 310 e 311 della L. 266 del 23.12.2005, come modificato dall'art. 1, c. 436 della L. n. 205 del 27.12.2017, come indicato nella nota regionale di riscontro.

***Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento dei piani di fornitura di tecnologie biomediche ed informatiche; il mancato completamento dell'iter va motivato con relazione scritta del RUP controfirmata dal Direttore Generale. Target si/no***

Attività in linea con le tempistiche definite

**Accordo di Programma V<sup>a</sup> fase, 2° Stralcio - Intervento Nuovo Materno Pediatrico Ospedale di Ravenna**

In riferimento alla richiesta regionale del 29.07.2022 e successiva nota del 06.10.2022, in data 21.10.2022 con nota prot. n. 286085, è stato inviato ai competenti uffici regionali lo Studio di Fattibilità per il Nuovo Materno Pediatrico dell'Ospedale di Ravenna.

Con riferimento alle procedure per l'ammissione a finanziamento come indicato dagli uffici regionali i tempi in linea di massima sono:

- invio documentazione per sottoscrizione accordo di programma con Ministero della Salute e MEF entro dicembre 2023;
- sottoscrizione accordo di programma entro dicembre 2024;
- inizio progettazione gennaio 2025.

**Nuovo Ospedale di Cesena**

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 Prezziario 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”.

**Indicatori e target:**

***Predisposizione progetto definitivo del nuovo ospedale di Cesena rispettando il cronoprogramma di cui al progetto di fattibilità tecnico economica II fase. Target si/ no***

Si conferma il raggiungimento delle fasi previste per il 2022 nel cronoprogramma e pertanto la tempistica ivi rappresentata.

**4.8.3. Interventi già ammessi al finanziamento**

***Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. 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 cronoprogrammi 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.

***Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L.67/88 - 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.

**4.8.4. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 34/2020)**

La maggior parte degli interventi sono conclusi e attivati e/o sono in corso le procedure di chiusura contabile-finanziaria. Allo stato attuale sono in corso gli ultimi interventi che ricadono all'interno del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, cosiddetto Decreto Rilancio, ove all'art. 2 dispone che le Regioni adottino un piano di riorganizzazione per rafforzare strutturalmente il SSN in ambito ospedaliero, al fine di fronteggiare emergenze pandemiche.

Tale piano, per l'Azienda USL della Romagna ha comportato un investimento complessivo pari a Euro 30.042.000.

Restano da completare, in ragione della loro complessità, i lavori sull'ampliamento del Pronto Soccorso e l'ampliamento/adeguamento delle Terapie Intensive di Ravenna e, causa spostamento dell'inizio dei lavori per ottimizzazione della gestione influenzale, i nuovi 4 posti letto di terapia semintensiva in Medicina d'Urgenza all'Ospedale Morgagni di Forlì, che saranno completati entro maggio 2023, mentre sono terminati i lavori sui restanti territori.

Con riferimento all'anno 2022 non sono state sostenute spese per l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID. Si è altresì proceduto a riscontrare tempestivamente le richieste regionali in ordine agli specifici monitoraggi e alla predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni.

**Indicatori e target:**

**Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa, peraltro, con l'Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla**

**pandemia. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale. Target: si /no**

Si conferma che l'attività di programmazione è stata realizzata nelle modalità e nei tempi indicati.

**Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise. Target: si /no**

Si conferma che l'attività di monitoraggio e rendicontazione è stata realizzata nelle modalità e nei tempi indicati.

#### **4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3**

Con nota prot. n. 265237 del 30.09.2022 sono state trasmesse in Regione le schede degli interventi aventi carattere di indifferibilità ed urgenza non aventi copertura finanziaria, in conformità a quanto indicato con DGR n. 1396 del 13.09.2021 "Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili ed urgenti". Tali interventi sono stati rappresentati in scheda 3 del piano investimenti.

Con riferimento all'anno 2022 sono stati effettuati i seguenti acquisti indifferibili ed urgenti suddivisi per macroaree di intervento:

Scheda	Descrizione	importo richiesto	importo ammissibile
1	PORTATILE CHIRURGIA ORTOPEDICA	109.678,00	109.678,00
2	SISTEMI MONITORAGGIO EMODINAMICO	117.120,00	
3	ACQUISTO ARREDI E AUTOVETTURE	365.792,90	
4	SOSTITUZIONI FUORI USO (ORDINI 2021 RIPROPOSTI NEL 2022)	163.384,80	
5	ACQUISTO AMBULANZE	1.403.207,40	
6	IMPIANTO AEREAULICO PS CESENA	350.000,00	350.000,00
7	CABINA ELETTRICA OSPEDALE RAVENNA	1.950.000,00	1.950.000,00
8	COPERTURE PO RAVENNA E PO LUGO	340.000,00	340.000,00
	TOTALE	4.799.183,10	2.749.678,00

Nel dettaglio:

#### **Acquisto di automezzi euro 120.941,96**

Si è provveduto al riscatto di n. 6 Fiat Panda 1.2 Easy power - Benzina/Gpl - 4 posti e n. 9 Fiat Panda 1.2 Easy power - Benzina/Gpl - 4 posti, al superamento del contratto di noleggio vigente con scadenza prevista per il 30/06/2022.

Considerato che il costo totale del noleggio dopo 4 anni IVA inclusa è pari ad euro 172.693,44, che il riscatto è pari ad euro 129.520,08 e considerato inoltre che la stessa tipologia di veicoli di proprietà dell'Azienda ha una vita media di 12 anni, si è valutato che l'acquisto delle auto, necessarie a garantire la continuità dell'assistenza sanitaria territoriale, consente un risparmio di spesa pari a circa 345.000,00 euro a conclusione della vita dell'autovettura.

Con l'acquisizione dei i veicoli sopra riportati si vuole raggiungere l'obiettivo di garantire i servizi dell'AUSL della Romagna sui propri territori.

Lo scopo è quello di confermare gli strumenti utili ai servizi di cura resi alle persone fragili, anziani e disabili residenti nelle località territoriali della Provincia di Ravenna intensificando l'offerta assistenziale garantendo una miglior prossimità dei servizi resi ai cittadini attraverso l'ampliamento delle attività di prevenzione, informazione e cura.



Nello specifico i servizi interessati sono: il servizio domiciliare ADI di Ravenna, Faenza, Lugo; il servizio Prevenzione e Protezione di Faenza; il servizio Veterinario di Faenza; il Dipartimento di Salute Mentale di Ravenna; l'Igiene Pubblica di Ravenna e il servizio Tecnico di Ravenna.

**Acquisto di armadi ininfiammabili euro 15.549,95**

Sono stati acquistati armadi ininfiammabili necessari ai reparti aziendali al fine di ottemperare al rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

**Acquisto di attrezzatura per la cucina Ospedale di Forlì euro 10.345,60**

E' stato acquistato un carrello sollevatore a timone necessario alla cucina ospedaliera di Forlì al fine di ottemperare al rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

**Acquisto di arredi sanitari e non per aperture o ristrutturazioni di ambienti sanitari euro 115.500,00**

Gli interventi in oggetto si riferiscono a progetti ed ordini relativi all'apertura, ristrutturazione e ammodernamento, già avvenuti o in imminente fase di realizzazione relativi alle strutture aziendali, come reparti ospedalieri o servizi che erogano attività sanitarie che comportano necessariamente la sostituzione di arredi obsoleti (es: armadi e letti degenze, attese, comodini, ecc.) in quanto non più conformi e l'acquisizione di nuovi. In particolare, gli interventi si riferiscono alla Neuro Psichiatria Infantile di Rimini, Chirurgia Generale di Ravenna, Pronto Soccorso di Lugo, Rianimazione di Forlì, Terapia Intensiva di Lugo, Centrale di Sterilizzazione di Ravenna.

**Sostituzione arredi sanitari e non euro 73.096,26**

Sono state acquistate carrozzine, barelle e rollbord per garantire la funzionalità delle attività e la messa in sicurezza dei pazienti e degli operatori durante le fasi del trasferimento degli utenti. Inoltre, sono state acquisite attrezzature sanitarie ed arredi per i reparti sanitari a fronte della messa in fuori uso di equivalenti materiali obsoleti o inadatti.

**Motivazioni**

L'acquisto degli automezzi è reso indifferibile dalla necessità di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria nel territorio romagnolo anche in considerazione di un parco auto complessivo di oltre settecentocinquanta mezzi molti dei quali vetusti ed oggetto di continue e dispendiose attività manutentive (alcuni automezzi con oltre diciassette anni di utilizzo).

L'acquisto urgente di armadi ininfiammabili e carrello stoccatore è stato necessario ed improcrastinabile al fine di garantire il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

L'acquisto di arredi e attrezzature non sanitarie relativo ai progetti di ammodernamento ed apertura di aree sanitarie è stato reso necessario a seguito della riorganizzazione degli spazi aziendali ed ospedalieri relativi a progetti di riqualificazione delle strutture, utilizzando sia materiale già presente in azienda sia acquisendo i necessari arredamenti.

**Ordini previsti per l'anno 2021 riproposti nell'anno 2022 euro 162.063,54**

Si tratta di ordini già emessi o di progetti autorizzati nel precedente esercizio ed i cui materiali sono stati ricevuti nell'anno 2022.

L'attività di apertura, ristrutturazione e ammodernamento delle strutture, come reparti ospedalieri o servizi che erogano attività sanitarie (come ad esempio: anatomie patologiche, pronto soccorso, centri per anziani ecc.) comportano necessariamente la sostituzione di arredi obsoleti (es: armadi e letti degenze, attese, comodini, ecc.) in quanto non più conformi e l'acquisizione di nuovi. Frequentemente si è dovuto intervenire in urgenza per la sostituzione di arredi ed elettrodomestici dovuti a rotture.

È stato inoltre riorganizzato il Centro Vaccinale di Forlì che ha richiesto l'acquisto di arredi per renderlo funzionale ad accogliere l'utenza ed il personale sanitario, tecnico e amministrativo.

### Motivazione

L'acquisizione di arredi e attrezzature è necessaria, indispensabile e non procrastinabile per garantire la normale attività di assistenza ai degenti e pazienti ambulatoriali e per assicurare la costante erogabilità dei servizi sanitari (attivazione dei centri vaccinali, predisposizione arredi per reparti), nonché sostenere le nuove attività richieste dall'emergenza COVID.

### **Acquisizione ambulanze e automediche euro 1.403.207,40**

L'acquisizione di ambulanze ed automediche da destinare all'emergenza territoriale AUSL Romagna nell'ambito del contratto di fornitura in essere consente di mantenere i mezzi operativi nei limiti previsti dalla normativa regionale di accreditamento, in termini di vetustà (7 anni) e di chilometraggio (inferiore ai 300.000 chilometri).

L'utilizzo sempre più intensivo dei mezzi, anche a seguito della pandemia COVID ha comportato un superamento del chilometraggio con una tempistica inferiore ai 7 anni, richiedendo la sostituzione dei mezzi di emergenza.

### Motivazione

L'urgenza e indifferibilità dell'acquisto delle quindici ambulanze e delle sei automediche per il 2022 oltre che dall'utilizzo routinario è legata al fatto che sono aumentate le ore di attività dei mezzi (nuove postazioni aggiuntive) oltre all'esigenza di potenziare le attività estive (una automedica in più a Cervia ed ambulanze sulla costa) non essendo stato possibile sottoscrivere come altri anni piani di committenza con associazioni ed enti esterni. A questo si aggiunga la diseconomicità della manutenzione per quattro ambulanze con danni meccanici rilevanti.

Sono poi stati presentati in Regione n. 2 interventi con caratteristica di urgenza indifferibile per portatile di radioscopia per Ortopedia Cesena e monitoraggio emodinamico per Terapia Intensiva di Faenza, Forlì e Riccione. Tali apparecchiature sono poi state acquisite con risorse ottenute dalla vendita del "Robot Chirurgico Da Vinci" di Forlì.

Gli ulteriori interventi non previsti ma ritenuti indispensabili a livello aziendale hanno trovato completa copertura finanziaria nel fondo Balduzzi e nel Mutuo in essere da 11 milioni.

Tutti gli interventi sono stati inseriti in scheda 3

### **Indicatori e target:**

#### ***Rappresentazione interventi non aventi copertura finanziaria in scheda 3; target 100%***

Tutti gli interventi non aventi copertura finanziaria sono stati rappresentati in scheda 3 del piano investimenti. Tali interventi, non essendo rientrati nella determinazione regionale n. 25525 del 30.12.2022, saranno finanziati con risorse aziendali.

#### ***Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza ed indifferibilità; target 100%***

Le schede degli interventi aventi carattere di urgenza ed indifferibilità sono state compilate e sottoscritte da ciascun Responsabile Unico del Procedimento.

### **4.8.6. 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.

**Indicatori e target:**

***Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal PNRR\_Missione Salute. Target: sì/no***

Sono state rispettate le tempistiche PNRR, considerando comunque che il tempogramma ha subito condizionamenti dalle procedure di gara dalla centrale di acquisto Consip e Intercenter.

**4.8.7. Fondo Dopo di Noi**

**Indicatori e target:**

***Liquidazione del saldo del finanziamento destinato alla realizzazione degli interventi strutturali finanziati dal Fondo per il Dopo di Noi (Allegato B DGR 637/2019): N. richieste di saldo liquidate entro tre mesi dal loro ricevimento/N. richieste complete di liquidazione del saldo ricevute dai Soggetti attuatori; Target 100%***

E' stato garantito nel 2022 il rispetto dei tempi per la liquidazione dei saldi dei contributi assegnati agli Enti attuatori degli interventi, di cui alla DGR 637/2019, in rapporto a tutte le richieste ricevute.

**4.8.8. Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR**

L'Azienda ha partecipato attivamente ai progetti regionali applicando numerose azioni di razionalizzazione e rendicontando l'operato in regione nei tempi previsti.

Per quanto riguarda la sensibilizzazione degli operatori è stata impostata una strategia di diffusione multimediale e capillare della campagna, mediante un panel di azioni coordinate; in particolare:

- diffusione delle linee guida sull'efficienza energetica ENEA/DIPE tramite GRU con obbligo di presa visione da parte di tutti i dipendenti (in occasione delle buste paga di novembre);
- distribuzione della locandina RER "Se il consumo è responsabile si sente!" in formato elettronico a tutte le UUOO aziendali, per la diffusione nei singoli reparti;

- predisposizione e stampa di 670 copie a colori di formato A3 (per limitare l'uso di carta e inchiostri) della locandina RER, poi appesa presso tutti i marcatempi e tutti gli sbarchi degli ascensori aziendali (stampa e distribuzione nei presidi ospedalieri principali a cura della comunicazione, affissione a cura del servizio tecnico), in quanto luoghi ove si concentrano sia i passaggi e i tempi di attesa e quindi è massima la fruizione del documento;
- pubblicazione ripetuta della locandina RER sul GRU con obbligo di visione (in prossimità della pubblicazione buste paga di dicembre e gennaio);
- pubblicazione con rimando sulla newsletter aziendale in più tornate, a dicembre e gennaio, sfruttando le sinergie comunicative con il completamento dei lavori sugli impianti fotovoltaici aziendali;
- inserimento nella pagina dell'azienda sugli interventi di riqualificazione energetica (creata come obbligo POR FESR, ora in fase di revisione cura della redazione intranet);
- adesione oramai tradizionale (dal 2011) alla campagna m'illumino di meno (manifestazione prevista il 16/02 con spegnimento delle luci dei parcheggi e contestuale comunicato stampa)

#### **Indicatori e target**

##### ***Partecipazione attiva al progetto "Iniziativa per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR". Target: si***

L'Azienda ha partecipato attivamente al progetto per la razionalizzazione dei consumi energetici e la riduzione dell'impatto ambientale. Target raggiunto.

#### ***4.8.9. Progetto regionale Telemedicina***

L'azienda AUSL della Romagna, anche nel corso del 2022, si è avvalsa dell'utilizzo di diversi 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. I sistemi in uso sono i seguenti:

##### ***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 televisita 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.

**Indicatori e target:**

***Attivazione dei Servizi di Telemonitoraggio nelle Case della Salute. Target: 100% Case della Salute candidate dall'Azienda con servizi di telemonitoraggio attivati***

Il Progetto comprendeva 90 kit da distribuire e su indicazione Regionale è stato esteso anche ad aree geograficamente non disagiate, per un totale di 12 tra Casa della Salute (CDS) e Nuclei di Cure Primarie (NCP). In tutte le CDS/NCP candidati il servizio è stato attivato. Nella tabella a seguire è riportata la valutazione degli arruolamenti al progetto effettuata a giugno e a dicembre del 2022:

<b>Casa della Salute</b>	<b>Totale Kit 06/22</b>	<b>Kit in uso 06/22</b>	<b>Kit in uso 12/22</b>
<b>Forlimpopoli CDS</b>	13	12	11
<b>Modigliana CDS</b>	10	9	7
<b>Predappio CDS</b>	9	9	5
<b>Rocca San Casciano CDS</b>	4	4	4
<b>Valle del Senio CDS</b>	14	13	12
<b>Brisighella CDS</b>	10	9	10
<b>Meldola NCP</b>	5	4	4
<b>Risorgimento NCP</b>	4	4	4
<b>Savignano sul Rubicone CDS</b>	13	12	11
<b>Cervia CDS</b>	3	3	3
<b>Costa Cesenatico CDS</b>	2	2	2
<b>Voltana CDS</b>	3	3	3
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>76</b>

***Predisposizione workflow del percorso organizzativo-assistenziale implementato a livello di ciascuna Casa della Salute al 31.12.2021. Target: invio workflow alla Regione entro febbraio 2022***

Il workflow è stato predisposto dalla Regione in maniera telematica e le CDS lo hanno inviato entro i tempi previsti.

**4.8.10. Tecnologie biomediche**

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

#### **Indicatori e target:**

##### ***PNRR – Rinnovo tecnologico: monitoraggio sostituzioni; Target: rispetto dei cronoprogrammi di installazione***

Nel contesto del rinnovo tecnologico, l'andamento delle sostituzioni è avvenuto nel rispetto del tempogramma delle installazioni

##### ***Sostenibilità economica – Rispetto delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo. Target: 100%***

Nell'ambito della sostenibilità economica, le istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo sono state interamente rispettate.

##### ***Flussi informativi (questionario LEA) – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza. Target: 100% registrazioni***

Il portale NSIS è regolarmente aggiornato e al momento non risultano Grandi Apparecchiature aziendali e del privato accreditato non inserite.

#### **4.8.11. Sistema Informativo**

Per quanto riguarda la tempestività di trasmissione di flussi informativi non si segnalano criticità di invio.

#### **Indicatori e target**

##### ***Tempestività nell'invio dei dati - Flussi SDO, ASA no DSA (target: >95%), FED (esclusa DPC), FED (solo DPC), PS, DiMe, AFO (valutazione); flussi AFT, ADI, DSA in ASA, FAR, SIRCO, SICO, AS, IVG (osservazione)***

Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti, come evidenziato in reportistica SIVER. Rispetto agli indicatori in valutazione, le trasmissioni dei flussi effettuate entro le scadenze programmate raggiungono le seguenti percentuali: SDO per 95,57% invii (vs RER al 92,75%); ASA escluso DSA per 94,74% invii (vs RER al 88,65%); FED esclusa DPC per 99,22% invii (vs RER al 91,18%); FED solo DPC per 99,09% invii (vs RER al 93,64%); PS per 99,57% invii (vs RER al 99,12%); DiMe per 98,45% invii (vs RER al 97,08%); AFO per 99,02% invii (vs RER al 95,77%).

Fra gli indicatori in osservazione, sono posti sotto vigilante attenzione soprattutto i flussi ADI e IG (IVG e AS) al fine di migliorarne la tempestività dell'invio essendosi attestati nel 2022 su valori sottostanti alla media regionale.

##### ***Aggiornamento dei dati - Flusso SDO (valutazione); flussi PS, ASA no DSA, AFT, FED (esclusa DPC), FED (inclusa DPC), DiMe, AFO (osservazione). Target: sono flusso specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su InsidER***

Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti, come evidenziato in reportistica SIVER. L'aggiornamento dati per il flusso SDO (indicatore in valutazione) si è attestato al 13,07% (vs target <25%; vs media regionale 21,89%).

##### ***SDO - Compilazione del campo check list di sala operatoria con 0 o 1 a fronte di codice di procedura 00.66 - Target 0%***

Il campo check list di sala operatoria è sempre correttamente compilato con codice diverso da 0 o 1 nel 100% dei casi di procedura 00.66 (procedure di angioplastica in cui la check list non deve essere compilata in quanto l'intervento non viene eseguito in una sala operatoria).

***SDO - Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66 - Target 100%***

La codifica del reparto sede di emodinamica per i codici di procedura 00.66 viene sempre correttamente compilata.

***SDO - Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione - Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)***

Attualmente l'Ausl della Romagna si attesta per questo obiettivo attorno al 8,5%, quindi leggermente al di sopra del target assegnato. La progressiva informatizzazione del percorso preoperatorio ha già determinato un miglioramento rispetto al 2021. Con il completamento del processo, nel 2023 sarà presumibilmente raggiunto l'obiettivo.

***SDO - Mancata compilazione del campo del CF per i nati in struttura - Target <25% (OSSERVAZIONE)***

La mancata compilazione del campo CF per i nati in struttura riguarda l'1,39% dei casi.

***Flusso FED - Trasmissione dei dati relativi alla DPC entro il 2° mese successivo alla competenza (con riferimento ai tempi programmati per le scadenze del flusso) – Target 100%***

L'invio dei dati relativi alla DPC entro il secondo mese successivo alla competenza rientra nel target.

***Flussi AS e IVG - Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate (indicatore di osservazione)***

Al 25.04.2023 i dati relativi alla tempestività di invio dei flussi IG non sono ancora disponibili sul portale InsidER. Analisi interne evidenziano la necessità di azioni correttive principalmente sul presidio di Forlì.

***Flusso SSCL - Linkage SDO e SSCL su procedure di Taglio Cesareo - Target 75%***

Al 25.04.2023 i dati relativi al linkage SDO e SSCL su procedure di Taglio Cesareo non sono ancora disponibili sul portale InsidER. L'ultima rilevazione del servizio regionale evidenzia comunque per la Romagna una corrispondenza al 78%.

***Flusso DBO - Completezza della corrispondenza delle informazioni raccolte nel flusso ASA e nel flusso DBO (link ASA – DBO, indicatore di valutazione) - Target 95%***

Tale obiettivo, valutato dalla Regione per i test genomici del tumore della mammella, per l'Azienda USL della Romagna si attesta attorno a 92,3%. Tale differenza rispetto al target è stata determinata, come peraltro già segnalato alla Regione, da alcune prescrizioni effettuate a fine anno (quindi entrate nel flusso ASA 2022), che hanno visto l'erogazione della terapia nel 2023 (quindi entrate nel DBOncologico 2023).

Quindi l'obiettivo è stato completamente raggiunto.

***Flusso PS - Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS (ind. osservazione) – Target < 1%***

Per l'Azienda USL Romagna il valore di tale obiettivo si attesta attorno al 7,4%. Tale differenza è stata determinata da un ritardo nel recepimento della modifica sui dipartimentali di PS.

***Flusso PS - % di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" (ind. osservazione) – Target: in diminuzione rispetto al 2021.***

La percentuale di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" nel 2022 si è attestata al 3,98% rispetto al 9,24% del 2021.

***Flusso ADI - % TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo (come da reportistica predefinita (ind. osservazione)***

La percentuale di TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo nel 2022 si è attestata al 3,56% rispetto al 5,93% regionale

***Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA) - Target: 98,5%***

I dati InsidER evidenziano una completezza rispetto alla banca dati SDO del flusso CEDAP pari al 100%.

## **5. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**

### **5.1. Sistema ricerca e innovazione regionale**

L'Azienda ha fattivamente collaborato alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, in ottemperanza alla DGR 910/2019 e con particolare riguardo alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER e al supporto delle attività progettuali regionali.

#### **Indicatori e target:**

***Le Aziende dovranno assicurare che le Segreterie dei CE e gli Uffici Ricerca procedano alla corretta alimentazione della piattaforma. Target: Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico in modo esaustivo (valori mancanti < 10%)***

L'UO Ricerca Valutativa e Policy dei servizi Sanitari ha costantemente alimentato la piattaforma SIRER, ha supportato i PI locali sia nella sottomissione etica (predisposizione della documentazione necessaria) che nella definizione degli aspetti metodologici e ha affiancato i referenti scientifici dei progetti europei e dei progetti di ricerca finalizzata regionale e ministeriale. Il caricamento dei dati sulla piattaforma presenta valori mancanti inferiori al target del 10%. Due unità di personale dell'UO Ricerca Valutativa e Policy dei servizi Sanitari hanno partecipato alle iniziative regionali nell'ambito del monitoraggio delle pubblicazioni scientifiche.

***Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ad un Gruppo di Lavoro regionale che verrà istituito per la messa a punto di un sistema di monitoraggio della ricerca sulla base di indicatori bibliometrici***

L'UO Ricerca Valutativa e Policy dei servizi Sanitari ha partecipato agli incontri regionali relativi alla redazione del report sulle infrastrutture a supporto della ricerca in Emilia-Romagna e parteciperà a tutti i gruppi di lavoro che la Regione intenderà costituire sul tema della ricerca.

### **5.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali**

#### **Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza**

#### **Indicatori e target:**

***% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno). Target: 75% di interventi sorvegliati***

La % di procedure sorvegliate nel periodo richiesto è pari al 92,41 % su tutto l'ambito aziendale: ogni singola struttura ospedaliera ha un target superiore al 75%.

***Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione Mapper***

Nel corso dell'anno 2022 l'utilizzo dell'applicazione Mapper è progressivamente aumentato anche grazie alle attività formative e di addestramento realizzate per i referenti delle Reti Link aziendali.

Al 31.12.2022 risultano inseriti in Mapper 110 reparti dell'AUSL Romagna ed un totale di 14.674 osservazioni, delle quali 9.903 inserite nel periodo settembre-dicembre 2022 (la miglior performance regionale). L'adesione complessiva aziendale all'igiene delle mani è del 79,7%

***Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario. Target: 30 litri per 1000 giornate di degenza***

Il consumo medio aziendale di prodotti idroalcolici è di 30,68 lt/1000 giornate di degenza.

***% di strutture che hanno riposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture socio-sanitarie accreditate invitate. Target 50% di strutture invitate***

La % di strutture socio-sanitarie accreditate afferenti al territorio dell'Ausl Romagna che ha risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici è del 63,1% (53 strutture su 84 invitate) per l'anno 2021 (ultimo dato disponibile), come riportato nella piattaforma regionale relativa al Monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico per l'igiene delle mani.

### **Equità in tutte le politiche e medicina di genere (Schede 9-11)**

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 dell'emergenza Covid.

#### **Indicatori e target:**

#### ***Disporre di almeno un referente aziendale per l'equità e assicurarne la partecipazione agli incontri del coordinamento regionale dei referenti per l'equità***

Il referente Aziendale Equità dell'Ausl Romagna ha partecipato agli incontri regionali che si sono svolti nel 2022.

#### ***Portare a conclusione il percorso in collaborazione con l'ASSR per la definizione dei dispositivi organizzativi per il supporto all'equità, tramite la determinazione di un nuovo piano e board aziendale comprensivo di una scheda di attività annuale relativa al 2022***

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, nella persona della Dott.ssa Giulia Silvestrini Dirigente Medico UOISP Ravenna.

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.

#### ***Definire e avviare almeno una procedura di equity assessment, con particolare riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione, alle indicazioni di cui alla parte "Equità" del documento di governance del PRP 2021-2025 e alla Legge Regionale n. 19/2018.***

In applicazione alla Governance aziendale del Piano Regionale della Prevenzione, sono stati previsti un referente equità del PRP sul livello aziendale e un gruppo di lavoro (in fase di costituzione) che dovrà includere competenze in grado di realizzare le attività previste sul livello aziendale e garantire l'armonizzazione tra livello regionale e livello aziendale/territoriale.

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 – Dott.ssa Raffaella Angelini e Dott.ssa Francesca Righi e i Referenti del PL11 – Dott.ssa Antonella Brunelli e Dott.ssa Gina Ancora, 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 – Prof. Ivo Quaranta, 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.

***Assicurare la partecipazione del referente aziendale per l'equità (e di eventuali altri professionisti/e individuati/e dalla Direzione Generale in collaborazione con l'ASSR) agli incontri del gruppo di lavoro regionale sul diversity management.***

Il referente aziendale equità ha partecipato agli incontri organizzati dal livello regionale e ha collaborato all'organizzazione e alla realizzazione di attività formative sui temi dell'health equity audit destinati ai professionisti di altre Aziende a livello regionale e nazionale.

***Attivare almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori/trici e dei professionisti/e, compresi i medici convenzionati***

Il referente aziendale equità, insieme ad una rappresentanza aziendale composta tra gli altri anche dall'attuale referente per la regione della Medicina di Genere, Dott.ssa Maria Grazia Piscaglia, ha partecipato all'unico evento formativo organizzato dalla regione sul tema della medicina di genere in data 20/12/2022.

## **Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**

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, sono stati garantiti percorsi di Community Lab con la partecipazione attiva dei professionisti sanitari dell'Azienda.

### **Indicatori e target:**

***Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto per azienda al percorso Community Lab "Promozione del benessere in età evolutiva", in attuazione del PRP***

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”.

### **5.3. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**

L’azienda, al fine di promuovere e innovare le organizzazioni e le pratiche professionali, pone forte risalto all’attività formativa e in particolare alle attività formative **blended**, che prevedono l’alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) e che sembrano essere quelle maggiormente in grado di promuovere il cambiamento.

#### **Indicatori e target:**

**Formazione erogata blended (alcuni esempi: sincrona/asincrona + formazione sul campo; residenziale + asincrona; sincrona+ formazione sul campo). Target: n° eventi (almeno 3) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo**

Nel corso del 2022, l’Azienda USL della Romagna ha attivato 101 formazioni erogate blended secondo queste forme:

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

A questi eventi si sono aggiunti i percorsi formativi che prevedevano una prima parte teorica di formazione FAD e-learning su piattaforma AUSL Romagna e successivi moduli pratici in modalità residenziale. Alcuni esempi di questa tipologia sono:

- FAD - Gestione dell’incidente da annegamento e soccorso in mare - Modulo teorico + Form. Res.
- FAD - Movimentazione manuale dei pazienti - Parte teorica + Form. Res. Modulo pratico
- FAD - Igiene delle mani in ambito assistenziale
- FAD - Corso guida sicura + Form. Res.
- FAD - La gestione del trauma in ambiente extraospedaliero - Modulo teorico + Form. Res. Modulo pratico

Nell’ambito dell’attività del progetto **“Audit dei centri screening oncologici dell’Emilia Romagna”** svolti nell’anno 2022 è stato attivato un progetto di miglioramento (FsC+FaD) con l’obiettivo di condividere le modalità e gli strumenti di lavoro utilizzati nei quattro ambiti territoriali; iniziare un percorso di confronto e discussione con l’obiettivo di omogeneizzazione delle Best Practice presenti sui territori e degli strumenti di lavoro. A seguito dell’AUDIT il progetto è proseguito integrando gli obiettivi già definiti con le criticità riscontrate in sede di Audit. Le esperienze maturate sono poi state condivise nel seminario regionale organizzato nel mese di dicembre “Il progetto audit presso i centri screening oncologici dell’Emilia-Romagna. Condivisione dell’esperienza”

Di notevole impegno risulta inoltre il progetto: Igiene delle Mani in ambito assistenziale,

Le attività di formazione sono state sviluppate utilizzando le diverse strategie formative:

<b>FAD 2022 - Igiene delle Mani in ambito assistenziale</b>	<b>FAD E-Learning</b>
I 5 momenti OMS: rilevazioni igiene delle mani	Training Individualizzato
Corso di prima formazione e addestramento per osservatori igiene delle mani	Blended (Res + Fsc)
Corso re-training per osservatori igiene delle mani	Formazione Residenziale (1-200)
Corso base sull'igiene delle mani	Blended (Res + Fad)
Infection Control 2.0 - Focus sull'igiene delle mani	Blended (Res + Fad)



Attività di monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani: corso per osservatori esperti	Blended (Res + Fsc)
Igiene delle mani in odontoiatria/ortodonzia	Blended (Res + Fsc)
Igiene delle mani: principi e indicazioni	Formazione Residenziale (1-200)

***Corso di alta formazione professionalizzante "Infermiere di Famiglia/Comunità".*** Il corso, organizzato con la collaborazione dell'università di Bologna utilizzando la formazione residenziale e la formazione sul campo, prevedeva 40 ore di didattica frontale e 20 ore di laboratori tematici con project work e visite studio (laboratori tematici con discussione di casi e due visite di studio presso servizi della Regione Toscana e Liguria per 20 ore aggiuntive). La verifica delle conoscenze è avvenuta attraverso discussione finale di casi di studio definiti attraverso project work.

#### **5.4. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento**

Nel marzo 2019 l'AUSL della Romagna ha affrontato la verifica di accreditamento rispetto al nuovo modello di Accreditamento istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017.

Nell'anno in corso è stata verificata l'adesione ai requisiti generali (DGR 1943/2017) e redatto un report in cui sono state valorizzate le azioni intraprese negli anni successivi alla verifica RER, sia quelle ancora in corso sia quelle concluse.

##### ***Indicatori e target:***

##### ***Produzione e invio di una relazione sintetica delle attività di audit/autovalutazione con individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale scaturite dall'attività di audit/autovalutazione***

Il report di autovalutazione comprensivo delle azioni di miglioramento è stato redatto da parte della U.O. Qualità e Governo Clinico in collaborazione con le funzioni trasversali aziendali, condiviso con la Direzione Sanitaria e formalizzato (nota prot. 0027054/2022). In particolare, nel 2022 sono stati implementati e deliberati tutti i PDTA in corso di redazione e sono stati definiti i programmi aziendali.

##### ***Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati (target 80%)***

Nell'anno 2022 tutti i valutatori aziendali inseriti nell'elenco della ASSR hanno garantito la partecipazione alle visite di verifica in cui sono stati convocati formalmente.

##### ***Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento/numero valutatori convocati (Target: 80%)***

Nell'anno in corso i Valutatori dipendenti dell'azienda hanno partecipato alle iniziative formative e/o di aggiornamento cui sono stati convocati.

In particolare, su indicazione OTA, è stata autorizzata la partecipazione di una professionista al Corso Nazionale del CNS, sostenendo anche l'esame di Qualifica come Valutatore Nazionale del Sistema Trasfusionale Italiano (esito d'esame positivo, Rif. Decreto del Direttore Generale del Centro Nazionale Sangue n.152 del 4 luglio 2022). Inoltre, sempre su richiesta dell'OTA, tre Valutatori regionali dipendenti dell'Azienda hanno frequentato il corso per Auditor dei programmi screening della Regione Emilia Romagna, e partecipato alle verifiche previste nel "Progetto Audit dei Centri Screening Oncologici della Regione Emilia Romagna".