



# **PROPOSTA DI PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023 - 2025**

**ALLEGATO D ALLA DELIBERA DI ADOZIONE DEL BILANCIO  
PREVENTIVO ECONOMICO 2023**

TABELLA A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

MACROPROFILI	Personale dipendente				Personale universitario			Contratti atipici <sup>2</sup>						Specialisti ambulatoriali	Guardia medica	Emergenza territoriale	Specialisti ambulatoriali, guardia medica, e emergenza territoriale	Convenzioni		Prestazioni aggiuntive a vario titolo svolte				
								SANITARIO	NON SANITARIO	FINANZIATO no COVID	FINANZIATO COVID (nel limite delle risorse assegnate DL 34/2020 e DL 73/2021)	NON FINANZIATO						tra aziende del SSN per consulenze	finanziate da Balduzzi	finanziate COVID (nel limite delle risorse di cui art. 1, comma 464, legge n. 178/2020 )	non finanziate			
ANNO 2022 VALORI ESPRESSI IN:	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	di cui FINANZIATO COVID (nel limite delle risorse assegnate DL 34)	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	COSTO	COSTO	COSTO	di cui costo COVID	FTE anno	FTE anno	FTE anno	di cui costo COVID	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	COSTO	di cui costo COVID	
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>																								
Medici <sup>1</sup>	2.355,57	256.856.552	113.115	113.115	20,42	2.274.917		3.254.682			3.254.682			246,00	367,00	72,00	404.256	57.232	-				7.532.699	
Veterinari	105,57	11.511.568												20,00					-					
Dirigenza sanitaria	415,30	34.176.105	25.833	25.833				95.711			95.711			14,00				22.528	-				8.906	
Dirigenza PTA	109,74	10.428.764	-	-				15.769			15.769								-					
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>	<b>2.986,18</b>	<b>312.972.989</b>	<b>138.948</b>	<b>138.948</b>	<b>20,42</b>	<b>2.274.917</b>	<b>-</b>	<b>3.366.162</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3.254.682</b>	<b>111.480</b>	<b>-</b>	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	<b>404.256</b>	<b>79.760</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7.541.605</b>	<b>-</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>																								
Personale infermieristico	7.496,30	350.022.278	2.371.237	2.371.237																			1.323.102	
Personale sanitario altri	1.800,79	71.713.356	124.898	124.898															-				265.402	
OSS/OTA	1.819,15	66.313.074	578.391	578.391															-					
Personale tecnico altri	1.095,79	39.944.565																	-					
Personale amministrativo	1.301,00	47.512.044	14.560	14.560														5.893	-					
Personale della ricerca sanitaria	-																		-					
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>	<b>13.513,04</b>	<b>575.505.316</b>	<b>3.089.086</b>	<b>3.089.086</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.893</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1.588.504</b>	<b>-</b>
<b>FABBISOGNO PERSONALE 2023</b>	<b>16.499,22</b>	<b>888.478.305</b>	<b>3.228.033</b>	<b>3.228.033</b>	<b>20,42</b>	<b>2.274.917</b>	<b>-</b>	<b>3.366.162</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3.254.682</b>	<b>111.480</b>	<b>-</b>	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	<b>404.256</b>	<b>85.653</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9.130.109</b>	<b>-</b>

	ANNO 2023
DI CUI COSTI IVC 2022-24	3.247.581,21 €
DI CUI COSTI IVC 2019-2021	1.240.151,29 €
<b>TOTALE ANNO 2023</b>	<b>4.487.732,50 €</b>

<sup>1</sup> comprende anche gli odontoiatri

<sup>2</sup> LP, cococo, somministrazione, prestazioni occasionali

<sup>3</sup> calcolare in base al n. ore su full time (28/30 ore tolte assenze, ferie, ecc.)

TABELLA A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024

MACROPROFILI	Personale dipendente			Personale universitario			Contratti atipici <sup>2</sup>					Specialisti ambulatoriali	Guardia medica	Emergenza territoriale	Specialisti ambulatoriali, guardia medica, emergenza territoriale	Convenzioni		Prestazioni aggiuntive a vario titolo svolte			
							SANITARIO	NON SANITARIO	FINANZIATO no COVID	NON FINANZIATO						tra aziende del SSN per consulenze		finanziate da Balduzzi	non finanziate		
	ANNO 2023 VALORI ESPRESSI IN:	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	COSTO	COSTO	di cui costo COVID	FTE anno <sup>3</sup>	FTE anno <sup>3</sup>	FTE anno <sup>3</sup>	di cui costo COVID	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	di cui costo COVID
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>																					
Medici <sup>1</sup>	2.360,07	257.161.278,24		23,67	3.241.470,00		869.440,00			869.440,00		246,00	367,00	72,00		10.362,00	-			7.532.699,00	
Veterinari	105,57	11.511.567,72										20,00					-				
Dirigenza sanitaria	415,30	34.176.105,20					150.000,00			150.000,00		14,00				22.528,00	-			8.906,00	
Dirigenza PTA	109,74	10.428.763,58					-			-							-				
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>	<b>2.990,68</b>	<b>313.277.714,75</b>	-	<b>23,67</b>	<b>3.241.470,00</b>	-	<b>1.019.440,00</b>	-	-	<b>1.019.440,00</b>	-	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	-	<b>32.890,00</b>	-	-		<b>7.541.605,00</b>	-
<b>PERSONALE COMPARTO</b>																					
Personale infermieristico	7.671,55	356.381.717,43															-				1.323.102,00
Personale sanitario altri	1.800,79	71.713.355,86															-				265.402,00
OSS/OTA	1.819,15	66.313.073,97															-				
Personale tecnico altri	1.115,96	40.595.829,56															-				
Personale amministrativo	1.301,00	47.512.043,54														5.893,00	-				
Personale della ricerca sanitaria																	-				
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>	<b>13.708,45</b>	<b>582.516.020,37</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>5.893,00</b>	-	-		<b>1.588.504,00</b>	-
<b>FABBISOGNO PERSONALE 2024</b>	<b>16.699,14</b>	<b>895.793.735,11</b>	-	<b>23,67</b>	<b>3.241.470,00</b>	-	<b>1.019.440,00</b>	-	-	<b>1.019.440,00</b>	-	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	-	<b>38.783,00</b>	-	-		<b>9.130.109,00</b>	-

<sup>1</sup>comprende anche gli odontoiatri

<sup>2</sup>LP, cococo, somministrazione, prestazioni occasionali

<sup>3</sup>calcolare in base al n.ore su full time (28/30 ore tolte assenze, ferie, ecc.)

TABELLA A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025

MACROPROFILI	Personale dipendente			Personale universitario			Contratti atipici <sup>2</sup>					Specialisti ambulatoriali	Guardia medica	Emergenza territoriale	Specialisti ambulatoriali, guardia medica, emergenza territoriale	Convenzioni		Prestazioni aggiuntive a vario titolo svolte			
							SANITARIO	NON SANITARIO	FINANZIATO no COVID	NON FINANZIATO						tra aziende del SSN per consulenze	finanziate da Balduzzi	non finanziate			
	ANNO 2024 VALORI ESPRESSI IN:	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	FTE anno	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	COSTO	COSTO	di cui costo COVID	FTE anno <sup>3</sup>	FTE anno <sup>3</sup>	FTE anno <sup>3</sup>	di cui costo COVID	COSTO	di cui costo COVID	COSTO	COSTO	di cui costo COVID
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>																					
Medici <sup>1</sup>	2.360,07	257.161.278,24		22,00	2.937.796,00		869.440,00			869.440,00		246,00	367,00	72,00		10.362,00				7.532.699,00	
Veterinari	105,57	11.511.567,72										20,00									
Dirigenza sanitaria	415,30	34.176.105,20					150.000,00			150.000,00		14,00				22.528,00				8.906,00	
Dirigenza PTA	109,74	10.428.763,58																			
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>	<b>2.990,68</b>	<b>313.277.714,75</b>	-	<b>22,00</b>	<b>2.937.796,00</b>	-	<b>1.019.440,00</b>	-	-	<b>1.019.440,00</b>	-	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	-	<b>32.890,00</b>	-	-	-	<b>7.541.605,00</b>	-
<b>PERSONALE COMPARTO</b>																					
Personale infermieristico	7.786,55	360.554.816,37																			1.323.102,00
Personale sanitario altri	1.800,79	71.713.355,86																			265.402,00
OSS/OTA	1.819,15	66.313.073,97																			
Personale tecnico altri	1.115,96	40.595.829,56																			
Personale amministrativo	1.301,00	47.512.043,54														5.893,00					
Personale della ricerca sanitaria																					
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>	<b>13.823,45</b>	<b>586.689.119,31</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>5.893,00</b>	-	-	-	<b>1.588.504,00</b>	-
<b>FABBISOGNO PERSONALE 2025</b>	<b>16.814,14</b>	<b>899.966.834,05</b>	-	<b>22,00</b>	<b>2.937.796,00</b>	-	<b>1.019.440,00</b>	-	-	<b>1.019.440,00</b>	-	<b>280,00</b>	<b>367,00</b>	<b>72,00</b>	-	<b>38.783,00</b>	-	-	-	<b>9.130.109,00</b>	-

<sup>1</sup>comprende anche gli odontoiatri  
<sup>2</sup>LP, cococo, somministrazione, prestazioni occasionali  
<sup>3</sup>calcolare in base al n.ore su full time (28/30 ore tolte assenze, ferie, ecc.)

**TABELLA B - Dotazione organica Personale Dipendente**

MACROPROFILI	Personale dipendente		Personale universitario	
	TESTE	COSTO	TESTE	COSTO
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>				
Medici <sup>1</sup>	2.552	256.856.552	24,00	2.274.917
Veterinari	119	11.511.568		
Dirigenza sanitaria	437	34.176.105		
Dirigenza PTA	109	10.428.764		
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>	<b>3.217</b>	<b>312.972.989</b>	<b>24,00</b>	<b>2.274.917,00</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>				
Personale infermieristico	7.644	350.022.278		
Personale sanitario altri	1.856	71.713.356		
OSS/OTA	1.776	66.313.074		
Personale tecnico altri	1.185	39.944.565		
Personale amministrativo	1.310	47.512.044		
Personale della ricerca sanitaria				
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>	<b>13.771</b>	<b>575.505.316</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>	<b>16.988</b>	<b>888.478.305</b>	<b>24,00</b>	<b>2.274.917,00</b>

<sup>1</sup>comprende anche gli odontoiatri

## ***Relazione al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) Triennio 2023-2025***

### ***1. Premessa***

Sulla base delle indicazioni contenute nella DGR n. 990 del 19 giugno 2023 “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR” e delle indicazioni operative per la predisposizione della proposta del Piano Attuativo del PIAO relativo al Piano Triennale dei Fabbisogni di personale per il triennio 2023 -2025”, trasmesse con nota PG n. 0620597.U del 27.06.2023 della Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, viene predisposto il presente PTFP 2023 – 2025, per il quale occorre partire dalle condizioni definite sulla base della programmazione degli anni precedenti.

### ***2. Analisi delle azioni realizzate nel 2022 e conseguenze sugli organici – Stabilizzazioni biennio 2022/2023***

La programmazione dei fabbisogni di personale (PTFP) 2022 – 2024, con riferimento all’anno 2022, è stata definita in un contesto sanitario caratterizzato dalla graduale cessazione dello stato di emergenza e, nel corso dell’anno, dal contenimento della pandemia, nonché dalla necessità di continuare ad assicurare i livelli essenziali di assistenza ed il recupero dell’attività programmata, in regime ambulatoriale e di ricovero; il sistema ha proseguito altresì il percorso, avviato già nel corso dell’anno precedente, teso allo sviluppo dei servizi di prossimità, della medicina territoriale e dell’assistenza domiciliare, attraverso il consolidamento degli assetti dell’offerta e la pianificazione delle innovative forme assistenziali previste dai decreti emergenziali - la cui efficacia è proseguita nel corso di tutto l’anno, tenuto conto altresì, in una prospettiva di medio periodo, delle azioni previste dal PNRR.

La politica assunzionale, già definita con il PTFP del 2022-2024, ha portato ad un effettivo e progressivo riassorbimento delle risorse aggiuntive acquisite per fronteggiare la pandemia e la campagna vaccinale, con contestuale riposizionamento su postazioni che si sono rese via via vacanti nel corso dell’anno.

Tale manovra, che prosegue anche nel corso del 2023, ha portato e porterà a riassorbire figure, sia del comparto che della dirigenza, con conseguente tendenza al riallineamento della dotazione organica, al netto dei nuovi servizi di cui ai paragrafi successivi, alla situazione pre-pandemica.

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

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

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

Anche per l'anno 2022 si è fatto ricorso all'attivazione di rapporti di lavoro autonomo, in analogia a quanto avvenuto nel corso dell'anno 2021, per far fronte alla criticità riscontrate nel reclutamento di figure della dirigenza medica, con particolare riferimento alle discipline di Pronto Soccorso, Anestesia, Medicina Interna, Geriatria, Ginecologia, Radiodiagnostica, Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile, che hanno trovato una risposta solo parziale attraverso l'attivazione dei rapporti di collaborazione previsti dai decreti emergenziali e che sono stati mantenuti e/o attivati anche nel corso del 2023.

E' rimasto pressoché invariato il personale universitario, sulla base dello sviluppo dei rapporti con l'Ateneo bolognese in collegamento con la programmazione regionale.

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

In particolare, le azioni intraprese nel 2022 e che verranno portate avanti anche nel corso del 2023 sono sostanzialmente riconducibili alla necessità di:

- 1) assicurare l'effettivo fabbisogno quali-quantitativo di risorse a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza provvedendo conseguentemente alla piena copertura del turn over;
- 2) procedere al recupero dell'attività programmata, ambulatoriale, di ricovero e chirurgica, rallentata nel post pandemia;
- 3) assicurare lo sviluppo della Medicina Territoriale, attraverso il potenziamento dei presidi territoriali quali, fra le altre, le Case della Salute, l'Ospedale di Comunità di Brisighella e di Sant'Arcangelo, trattandosi di interventi non procrastinabili, necessari a dare risposte concrete alla variazione del contesto assistenziale e sociale di riferimento.

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 c.d. Legge Madia e le restanti attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento. Nel corso del 2022 sono stati inoltre banditi, sulla base delle indicazioni regionali, gli avvisi di stabilizzazione COVID (ai sensi della Legge di bilancio 2022, n. 234/2021) per ulteriori 50 figure, che hanno sottoscritto il relativo contratto di lavoro a T.I. a decorrere dal marzo 2023.

Tali processi di stabilizzazione hanno comportato la drastica riduzione dei contratti di lavoro a tempo determinato e continueranno anche nel 2023, in linea con le indicazioni regionali e con quanto previsto dal documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. 23/77/cr06/c7 del 10.05.2023 "Documento sull'applicazione della disciplina in materia di stabilizzazione del personale del SSN di cui all'articolo 1, comma 268, lett. b) della legge 30 dicembre 2021, n. 234 alla luce delle modifiche ed integrazioni contenute nell'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies, 9 sexiesdecies e 9-septiesdecies del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, introdotti dalla legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14"

### **3. *Il PTFP 2023.***

#### ***Riassorbimento del personale COVID***

L'anno 2022 è stato caratterizzato, da un lato dalla permanenza, fino al 31.03.2022, dello stato d'emergenza da Covid-19 e dall'altro dal suo graduale superamento, accompagnato da specifica

disciplina, in primis il D.L. 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni dalla Legge 19 maggio 2022, n. 52, il quale, intervenendo sulle misure di contrasto alla diffusione della pandemia, ne ha rimodulato in parte, senza quindi abrogarle definitivamente, le relative disposizioni in ragione della fine dello stato di emergenza e del progressivo attenuarsi della crisi sanitaria, preservando tuttavia, fino al 31 dicembre 2022, la necessaria capacità operativa e di pronta reazione delle strutture sanitarie durante la fase di progressivo rientro nell'ordinario.

Anche a fronte del venir meno dello stato di emergenza e del definitivo contenimento della pandemia, nel corso del 2023 saranno convertite e quindi riassorbite le figure professionali dedicate all'emergenza pandemica ed alla campagna vaccinale.

Parallelamente la programmazione delle risorse per l'anno 2023 dovrà prevedere le azioni che di seguito si descriveranno:

- 1) assicurare l'effettivo fabbisogno quali-quantitativo di risorse a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso un più stringente e mirato monitoraggio dell'appropriatezza ed efficienza dell'assistenza, al fine di migliorare i servizi nelle aree di maggiore carenza, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, provvedendo conseguentemente alla piena copertura del turn over;
- 2) procedere al recupero dell'attività programmata, ambulatoriale, di ricovero e chirurgica, rallentata nel post pandemia, con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili;
- 3) proseguire nel progressivo riassorbimento delle risorse aggiuntive acquisite per fronteggiare la pandemia e la campagna vaccinale, con contestuale riposizionamento delle stesse su postazioni che si renderanno via via vacanti nel corso dell'anno;
- 4) proseguire, in continuità con le politiche di stabilizzazione del personale precario degli anni precedenti, sulla base di quanto disposto dalla vigente normativa e nell'ottica condivisa di riduzione del precariato, con le azioni di stabilizzazione degli aventi titolo (dirigenza e comparto). La costituzione dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato avverrà con cessazione di un corrispondente numero di rapporti di lavoro a tempo determinato e quindi nei limiti dotazionali ed economici di cui al presente Piano;
- 5) proseguire nel percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel relativo Piano Nazionale Complementare (PNC), già iniziato nel 2022, nei vari aspetti che coinvolgono l'Azienda Usl della Romagna, ovvero:

- Missione M6.C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, i cui interventi intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
  - Missione M6.C2 - “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”, le cui misure sono volte a consentire il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento della capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi, ed il rafforzamento della ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
  - Missione M5.C3 - Interventi speciali per la coesione territoriale e al suo interno la Linea di intervento 1.1.1 - “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità” relativamente alle strutture sanitarie di prossimità territoriale dell'AUSL Romagna;
  - Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, che include la Componente M1.C1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA di interesse per l'Azienda USL della Romagna;
- 6) sviluppo dell'Assistenza Territoriale, ai sensi del DM n. 77 del 23.05.2022 recante la “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”, con particolare riferimento all'implementazione dell'infermiere di Famiglia o Comunità, all'Unità di Continuità Assistenziali (UCA), alla Centrale Operativa Territoriale (COT) ed allo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata nel rispetto della presa in carico di almeno il 10% della popolazione over 65;
- 7) riorganizzazione della rete dell'emergenza - urgenza di cui alla D.G.R. n. 1206 del 17.07.2023 – “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna – Prima fase attuativa – anno 2023”, con particolare riferimento a:
- a) implementazione dei Centri di Assistenza Urgenza (CAU) territoriali, i quali hanno natura sperimentale e rappresentano un modello organizzativo finalizzato all'applicazione del DM n. 77/2022;
  - b) potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera – 118 ed istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117: la realizzazione del modello delineato a livello regionale prevede, per l'Azienda USL della Romagna,

la presenza del personale medico nella Centrale Operativa 118 nell'arco delle 24 ore, nonché, per quanto concerne la centrale operativa 116117, la presenza H24 sia di un medico del dipartimento cure primarie, che di un infermiere. Inoltre, l'attivazione del servizio del Numero Europeo Armonizzato 116117 comporta la necessità di acquisire altre figure professionali, ovvero assistenti tecnici addetti alla gestione delle richieste di accesso alle prestazioni non urgenti per patologie di bassa criticità e bassa priorità. L'attivazione del progetto regionale comporta quindi il potenziamento delle risorse nei seguenti termini:

- i. per la Centrale Operativa 118: n 6 unità di medici dirigenti (anestesia-rianimazione e pronto soccorso);
  - ii. per il Numero Europeo Armonizzato 116117: n. 6 unità di infermieri, n. 6 unità di dirigenti medici afferenti al dipartimento cure primarie e n. 25 unità di assistenti tecnici;
- 8) proseguire con le politiche volte a garantire il rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68, nonché in generale delle categorie protette. A tal fine nel corso del 2023 saranno espletati:
- o un concorso pubblico per assistente amministrativo - area degli assistenti – ruolo amministrativo - riservato esclusivamente a soggetti appartenenti alle categorie protette della legge n. 68 del 12.03.1999 e s.m.i.;
  - o un concorso pubblico per assistente informatico - area degli assistenti - ruolo tecnico - riservato esclusivamente ai soggetti appartenenti alle categorie protette della legge n. 68 del 12/03/1999 e s.m.i.;
- 9) potenziamento degli interventi di sostegno psicologici in ragione, da un lato delle conseguenze degli effetti post pandemia da Covid-19 sulla popolazione e dall'altro della necessità di fornire un supporto alle persone colpite dall'alluvione, che ha pesantemente colpito la Romagna nel corrente anno. Peraltro, gli eventi alluvionali hanno comportato (in relazione alle conseguenti assenze e alle peculiari necessità assistenziali) l'incremento temporaneo del ricorso allo straordinario per la gestione dell'emergenza e per la garanzia della continuità assistenziale (nella rendicontazione filtrando i conti per il personale, la stima dei costi risulta pari a 982.935,01 €).

Con riferimento ai precedenti punti 6) – Sviluppo dell'assistenza territoriale e 7 – lett. a) – Implementazione dei Centri di Assistenza Urgenza (CAU) territoriali - si allegano i seguenti documenti:

- Piano di riorganizzazione della rete di Emergenza-Urgenza dell'Ausl della Romagna 2023 – 2025 – Allegato n. 1;
- - Sintesi Piano Triennale dei fabbisogni del personale 2023 – 2025 – Allegato n. 2.

Per completezza espositiva si ritiene necessario allegare (Allegato n. 3) il documento che contiene la “Proposta di consolidamento distrettuale ed ospedaliero nell’Azienda UsI della Romagna”, per focalizzare l’attenzione, in quanto strettamente correlata al PTFP, sulla configurazione organizzativa di tipo “divisionale” dell’Azienda USL della Romagna.

In tale contesto, il piano è stato sviluppato in coerenza con le indicazioni sulla programmazione 2023 di cui alla DGR n. 1237 del 17/7/2023 e con l’obiettivo economico assegnato dalla Regione.

Il costo previsto per il 2023 è pari ad euro 894.119.384 (oneri ed IRAP compresi), di cui Euro 888.478.305 per il personale dipendente, Euro 2.274.917 per il personale universitario ed Euro 3.366.162 per il personale con contratto atipico.

Il costo previsto relativo al personale dipendente è comprensivo degli oneri (IVC) relativi all’applicazione per tutto il personale della dirigenza del CCNL 2019-2021 (stimati nell’importo di euro 1.240.151,29) e all’applicazione per tutte le aree contrattuali del CCNL 2022-2024 (stimati nell’importo di euro 3.247.581,21).

E’ comprensivo altresì degli oneri relativi alla voce “una tantum” prevista dalla Legge 29/12/2022 n. 197 (Legge di Bilancio 2023) e riguardante tutti i dipendenti del settore pubblico, nonché, per il personale del comparto, degli oneri per l’indennità di Pronto Soccorso, per l’aumento del trattamento accessorio (0,22%) e per l’ordinamento professionale (0,55%) previsti rispettivamente dall’art. 103 comma 7 e dall’art. 102 comma 5 del CCNL triennio 2019-2021, sottoscritto il 2/11/2022. Per il personale della dirigenza area sanità il costo previsto tiene altresì conto degli oneri relativi all’utilizzo delle risorse INAIL e delle risorse Gelli.

Il “di cui costo COVID” stimato per il personale dipendente nell’importo di euro 3.228.033 è stato definito tenendo conto del proseguimento anche nel 2023 del percorso di riassorbimento delle figure professionali “aggiuntive” assunte a tempo indeterminato negli anni precedenti per far fronte all’emergenza pandemica ed alla campagna vaccinale, già iniziato nel 2022.

Tale valore è comprensivo, come nel 2020, nel 2021 e nel 2022, delle risorse dei fondi contrattuali relativi alle assunzioni di personale dedicato all'emergenza pandemica che sono state scorporate dai predetti fondi e aggiunte al costo del personale (ca. 645.606 euro).

Il costo relativo al personale atipico tiene conto della necessità sia di supportare il recupero dell'attività programmata rallentato nel post pandemia, sia di fronteggiare la forte criticità nel reclutamento di figure della dirigenza medica, condizionata da un crescente turn over che non trova la contestuale compensazione attraverso gli ordinari strumenti di reclutamento per la costituzione di rapporti di lavoro dipendente.

### ***Illustrazione delle Tabelle A e B***

Alla luce di quanto sopra si è proceduto alla compilazione delle Tabelle A e B

**Nelle Tabelle A "Piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2023, 2024 e 2025"** il fabbisogno è stato indicato utilizzando le seguenti modalità:

- **unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE):** è stata utilizzata come base di partenza la c. d. "estrazione SUMAP" del software GRU tenendo tuttavia conto, oltre che del dato ad oggi, dell'esigenza di rispettare la programmazione di breve periodo (2023) e delle annualità future (2024 -2025);
- **costo:** sono state indicate le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano stesso, compreso il trattamento accessorio finanziato con i Fondi contrattuali nonché le competenze accessorie non finanziate dai Fondi (POA, indennità dipartimentali, indennità mancato preavviso e ferie monetizzabili, progetti finanziati da fondi vincolati, fondo procurement, ecc.), i rimborsi per missioni, i costi dei comandi in entrata e, in relazioni all'impatto del rapporto con l'IRCCS IRST, i rimborsi delle assegnazioni temporanee ex art. 23 bis del D. Lgs n. 165/2001 di personale aziendale presso il predetto Istituto, gli oneri riflessi e l'IRAP; il costo medio risultante per unità di FTE dei diversi macro profili tiene conto delle assenze retribuite.

**Nella Tabella B: "Dotazione organica personale dipendente 2023"** sono indicati, in termini qualitativi (per profilo professionale) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente/universitario necessario per garantire le prestazioni da erogare a fronte dell'assetto organico e della composizione del medesimo. La dotazione organica è stata pertanto rappresentata in termini di teste per ciascun profilo professionale nonché nel relativo valore economico-finanziario equivalente al costo medio stimato.

Le Tabelle A anno 2024 e 2025 tengono conto delle assunzioni programmate per i medesimi esercizi relative all'attivazione dei Centri Assistenza Urgenza territoriali (CAU) e per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale (DM 77/2022). Tengono altresì conto del trascinarsi dei costi delle assunzioni 2023 relative sia all'attivazione delle CAU e allo sviluppo dell'Assistenza territoriale, sia relative al Progetto Centrale Operativa 116117.

# **Piano di Riorganizzazione della rete di Emergenza-Urgenza**

Azienda USL della Romagna

2023-2025

# Sommario

<b>Glossario</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduzione</b> .....	<b>4</b>
<b>Contesto regionale</b> .....	<b>5</b>
<b>Il servizio di Continuità Assistenziale</b> .....	<b>6</b>
<b>La riorganizzazione regionale della rete di Emergenza-Urgenza</b> .....	<b>7</b>
<b>Comunicazione ai cittadini</b> .....	<b>8</b>
<b>La rete dei Centri Assistenza Urgenza (CAU)</b> .....	<b>9</b>
<b>Contesto AUSL della Romagna</b> .....	<b>13</b>
<b>Attività dei Punti di Primo Intervento (PPI)</b> .....	<b>13</b>
<b>Attività del servizio di Continuità Assistenziale (CA)</b> .....	<b>14</b>
<b>Piano di riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza</b> .....	<b>16</b>
<b>Finalità</b> .....	<b>16</b>
<b>Implementazione del piano</b> .....	<b>17</b>
Identificazione dei CAU .....	17
Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) oltre il DM 77/2022 .....	17
Centrale Operativa Unica CA e Centrale 116117 .....	18
Gruppi di lavoro AUSL Romagna.....	19
<b>Step 1: entro dicembre 2023</b> .....	<b>20</b>
<b>Step 2: 2024-2025</b> .....	<b>22</b>

# Glossario

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
CA	Continuità Assistenziale
CAU	Centri di Assistenza e Urgenza
COT	Centrale Operativa Territoriale
CREU	Coordinamento Regionale per l'Emergenza-Urgenza Ospedaliera e Territoriale
DASS	Direttore Attività Socio Sanitarie
DEA	Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione
DM	Decreto Ministeriale
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
FTE	Full Time Equivalent
MET	Medico di Emergenza Territoriale
MMG	Medico di Medicina Generale
MURG	Medicina d'Urgenza
NCP	Nucleo di Cure Primarie
NEA	Numero Europeo Armonizzato (116117)
NUE	Numero Unico Europeo (112)
PFN	Prefestiva, Festiva, Notturna (fascia oraria)
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PPI	Punti di Primo Intervento
RUAP	Ruolo Unico di Assistenza Primaria
SRADA	Struttura Residenziale per Alta Disabilità Acquisita
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie

# Introduzione

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali a cui stiamo assistendo hanno prodotto un ampliamento del carico di malattia a bassa complessità clinico-assistenziale ma ad elevato bisogno di integrazione della rete dei servizi. Le riforme dell'ultimo decennio in Italia hanno portato ad un efficientamento della rete ospedaliera, non accompagnato dal necessario potenziamento della rete territoriale. Questo ha generato quindi una forte pressione sulle porte d'entrata del sistema sanitario: la medicina generale e i Pronto Soccorso.

La sindemia da COVID-19 ha poi evidenziato le criticità della rete di cure primarie, sottolineando l'importanza di risorse adeguate e di una migliore integrazione tra i vari livelli di assistenza. In questo contesto, grazie alle opportunità offerte dagli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e al quadro ri-organizzativo delineato dal DM 77/2022, si rende necessario un nuovo disegno integrato delle cure primarie, che tenga in considerazione la presa in carico della cronicità e contestualmente la risposta ai bisogni urgenti a bassa complessità.

Ad oggi, parte di questi bisogni trova risposta in setting ad alta intensità assistenziale come i Pronto Soccorso, dove più di due terzi degli accessi sono costituiti da codici bianchi e verdi. Questo quadro sta mettendo a dura prova la tenuta del sistema di emergenza-urgenza, con ricadute negative sui tempi di risposta alla popolazione e sulla motivazione dei professionisti coinvolti.

Il sistema di cure primarie è oggi sottoposto ad una corposa revisione organizzativa, verso il potenziamento dell'offerta ed una maggiore integrazione dei servizi. All'interno di questa trasformazione, guidata dall'applicazione del DM 77/2022, la Regione Emilia-Romagna ha delineato una riorganizzazione che mira al potenziamento della risposta ai bisogni non urgenti e alla continuità di assistenza ai cittadini, in maniera complementare alla rete esistente di assistenza primaria e al sistema per le cure di emergenza. Il nuovo modello organizzativo porterà alla valorizzazione di tutte le competenze professionali e permetterà di realizzare una rete interdipendente di servizi, diversificando le tipologie di risposta socio-sanitaria.

A questo fine si prevede: la nascita dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU), distribuiti capillarmente sul territorio e in grado di rispondere alla gran parte dei bisogni di continuità assistenziale e delle urgenze a bassa complessità; l'utilizzo delle Unità di Continuità Assistenziali (UCA) previste dal DM 77/2022 per attività domiciliari programmate e/o urgenti; infine, la creazione della centrale operativa per le cure non urgenti 116117.

Nel presente documento viene sinteticamente presentata la riforma regionale e, in particolare, gli step di attuazione locali dell'AUSL della Romagna, a partire dal contesto di riferimento.

## Contesto regionale

La rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera regionale è attualmente composta da 54 strutture: 12 DEA 2° livello, 8 DEA 1° livello, 19 PS e 15 PPI.

L'analisi della casistica regionale degli ultimi 5 anni ha evidenziato come la maggioranza degli accessi in Pronto Soccorso non esiti in ricovero, quindi sia potenzialmente reindirizzabile a strutture territoriali a più bassa complessità organizzativa.

Nello specifico, nel 2022, sono stati registrati oltre 1.747.000 accessi ai servizi di emergenza-urgenza; 1.738.000 nei Pronto Soccorso.

Dal 2019 al 2022, gli accessi in Pronto Soccorso hanno subito forti variazioni totali, in riduzione durante il 2020 (68% degli accessi 2019) ed in graduale aumento dal 2021 fino ad arrivare, nel 2022, ad un dato pari al 90% degli accessi del 2019.

Nonostante la riduzione del volume degli accessi, la distribuzione della gravità all'ingresso è rimasta pressoché identica. Nel 2022, il 60,9% degli accessi è rappresentato da codici Bianchi e Verdi che non esitano in ricovero; inoltre i casi che esitano in 1 sola prestazione erogata rappresentano il 22% del totale degli accessi di PS (389 mila accessi): tale quota è coerente con l'andamento del quadriennio precedente.

L'andamento di questa tipologia di accessi nelle 24 ore è estremamente prevedibile nei giorni della settimana e per l'80% circa avviene tra le 8 e le 20.

I dati della Romagna non si discostano da quelli regionali: nel 2022, in AUSL, gli accessi in Pronto Soccorso sono stati 465.427, di cui il 61% (circa 300.000 accessi) sono classificati come codici Bianchi e Verdi che non esitano in ricovero.

Coerentemente al quadro regionale, gli accessi bianchi e verdi che non esitano in ricovero e con una sola prestazione erogata (visita medica) sono pari al 21% del totale degli accessi di PS (95.724 accessi). Le visite mediche maggiormente erogate sono quelle di Pronto Soccorso e tramite percorsi facilitati (*fast track*) consulenze pediatriche e oculistiche.

## Il servizio di Continuità Assistenziale

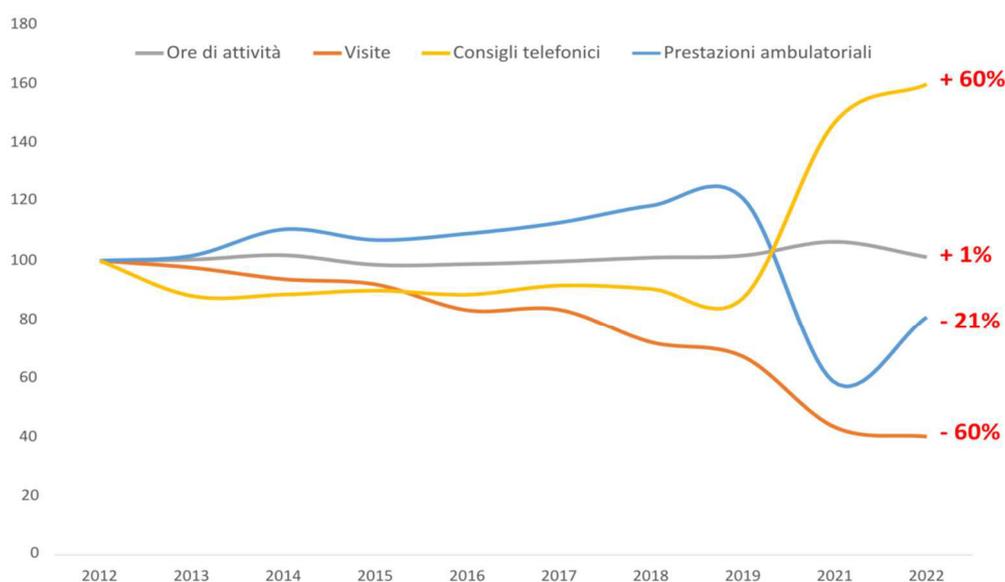
Nel quadro dei servizi offerti ai cittadini riconducibili all'ambito dell'urgenza a livello territoriale, vi è il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Allo stato attuale, sono presenti in Regione 155 punti di Continuità Assistenziale (CA) collocati prevalentemente presso le Case della Comunità oppure in sedi autonome, per un totale di 1.190.887 ore di guardia attiva, che corrispondono a 807 medici FTE (considerando 24 ore).

L'attività dei medici di CA consiste di prestazioni ambulatoriali (erogate solo da alcuni punti di guardia), visite domiciliari e consigli telefonici. La tabella sottostante riporta i volumi complessivi di attività per l'anno 2022 a livello regionale.

Attività	2022
Visite domiciliari	44.791 (1 ogni 26h)
Prestazioni ambulatoriali	231.451 (1 ogni 5h)
Consigli telefonici	557.005 (1 ogni 2h)

Tabella 1 - Attività di Continuità Assistenziale in Regione Emilia-Romagna nel 2022

Il grafico sottostante mostra come si è modificata l'attività dei medici di CA nell'arco degli ultimi 10 anni, anche in relazione all'evento pandemico. A fronte di un numero di ore di attività rimasto sostanzialmente invariato, sono aumentati del 60% i consigli telefonici e sono corrispondentemente diminuite del 60% le visite mediche.



NB: mancano i dati relativi al 2020

Grafico 1 - Variazione di tipologia di attività della Continuità Assistenziale 2012-2022

# La riorganizzazione regionale della rete di Emergenza-Urgenza

Con Determinazione n. 3885 del 24.02.2023, in attuazione della delibera n. 221/2022, la Regione Emilia-Romagna ha istituito il “Coordinamento Regionale per l’Emergenza-Urgenza Ospedaliera e Territoriale” (CREU), con il compito di elaborazione di linee di indirizzo regionali per la stratificazione dei bisogni della popolazione nell’ambito dell’emergenza-urgenza ospedaliera ed extra-ospedaliera.

Conseguentemente, con Delibera di Giunta Regionale n. 1206 del 17/07/2023, sono state definite le “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza Urgenza in Emilia-Romagna”. La citata delibera consta di 4 allegati:

- “Analisi di contesto”
- “Sviluppo e potenziamento della capacità e della qualità di risposta del sistema di soccorso preospedaliero-118” che fornisce indicazioni per lo sviluppo ed il potenziamento della rete di emergenza-urgenza territoriale, coniugando le migliori competenze professionali sanitarie con le opportunità determinate dall’elevato grado di evoluzione tecnologica raggiunta dalla rete 118 e dalle possibilità offerte dalla attivazione del NUE 112, con l’obiettivo di assicurare uniformità delle prestazioni, standard elevati di appropriatezza e continuità clinico-assistenziale extra ed intraospedaliera.
- “Progetto sistema di risposta sanitaria 116117 ed istituzione delle relative centrali operative”, che, in particolare, descrive l’organizzazione finalizzata a fornire risposte a richieste di natura sanitaria che non abbiano caratteri di emergenza tempo-dipendente attraverso la realizzazione delle centrali operativa con accesso mediante il numero europeo armonizzato NEA 116117.
- “La riorganizzazione della rete regionale di emergenza-urgenza: la rete dei CAU (Centri Assistenza e Urgenza)”, che descrive l’organizzazione di dette strutture territoriali afferenti organizzativamente all’assistenza primaria che, a seguito dell’attuazione del piano organizzativo approvato dalla programmazione regionale e locale (CTSS), andranno a costituire una nuova modalità di risposta ai bisogni di assistenza e urgenza a bassa complessità.

La riforma parte dalla constatazione che la maggior parte degli accessi ai Pronto Soccorso in Emilia-Romagna è a bassa complessità (codici bianchi e verdi), che nel 95% dei casi non esita in ricovero ospedaliero; pertanto il cittadino potrebbe trovare risposta in strutture alternative a livello territoriale, riducendo la pressione sui Pronto

Soccorso, che più opportunamente potranno concentrare la loro attività verso i bisogni a maggior complessità e le gravi emergenze tempo-dipendenti, migliorando ulteriormente i tempi di attesa.

Le Aziende Sanitarie dovranno aderire progressivamente e coerentemente con le parti di loro competenza alla riforma della Rete dell’Emergenza-Urgenza, predisponendo piani ri-organizzativi locali.

Nel mese di giugno è inoltre stato sottoscritto il “verbale di intesa tra la Regione Emilia - Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le organizzazioni sindacali dei Medici di Medicina Generale per il coinvolgimento del medico del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità” (DGR 939/2023).

## Comunicazione ai cittadini

Per informare adeguatamente i cittadini ed accompagnarli in questa fase di cambiamento, la Regione Emilia-Romagna avvierà una campagna di comunicazione, anche multimediale, rivolta a tutta la popolazione, con dettagli su:

- finalità della riorganizzazione;
- caratteristiche della nuova rete;
- tempistica di attivazione;
- casistica di chi può recarsi ai CAU in urgenza;
- ubicazione e funzionamento delle strutture e bisogni ai quali danno risposta.

Al tempo stesso la campagna evidenzierà quali situazioni sanitarie necessitano invece di accesso diretto in Pronto Soccorso.

Inoltre, per valorizzare e mettere a sistema il prezioso contributo del volontariato nelle attività di soccorso in emergenza, sarà istituito un tavolo permanente di confronto tra l’assessorato alle Politiche per la Salute e le rappresentanze regionali delle Organizzazioni di volontariato che svolgono questa attività.

Un altro gruppo di lavoro monitorerà lo stato di avanzamento dell’attuazione del piano, verificandone annualmente gli esiti.

## La rete dei Centri Assistenza Urgenza (CAU)

Analizzate le problematiche relative all'elevato ricorso alle strutture di PS, i dati di attività della CA e dato il potenziamento delle Case della Comunità in tutti gli ambiti territoriali della regione, è obiettivo strategico l'individuazione, nelle more della revisione nazionale del DM 70/2015, di una nuova modalità di risposta ai bisogni di assistenza e urgenza a bassa complessità presso strutture distrettuali denominate Centri di Assistenza e Urgenza (CAU), afferenti al sistema dei servizi di Assistenza Primaria.

I CAU sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, in aggiunta alle prestazioni attualmente già erogate dal servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), ulteriori prestazioni non complesse attualmente erogate nei PPI e nei Pronto Soccorso.

Destinati a coprire un bacino di utenza di norma tra i 35mila e i 75mila abitanti, la dislocazione terrà conto della ridefinizione dei punti di CA, della analisi della casistica e del bacino d'utenza di riferimento in seguito alla programmazione regionale e al confronto con le CTSS. In linea generale, i CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità, presso sedi di Medicine di Gruppo afferenti a Nuclei di Cure Primarie Strutturati e dotati dei necessari requisiti strutturali, oppure presso le attuali sedi dei PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA. E' inoltre opportuno, nei centri maggiori, valutare la presenza di un CAU in prossimità di un DEA proprio per consentire la corretta gestione dei flussi di pazienti.

I CAU sono tendenzialmente aperti h24, ma sono previste articolazioni orarie differenziate sulla base dei bisogni assistenziali, anche se mai inferiori alle 12 ore. Sono strutture ad accesso diretto, tuttavia sarà incentivato un progressivo utilizzo del NEA 116117 per tutte le prestazioni programmabili, riducendo i tempi di attesa e prevedendo anche l'erogazione di interventi domiciliari a cura di equipe medico-infermieristiche che possono operare direttamente al domicilio del paziente (UCA). I CAU hanno inoltre come riferimento un Ospedale Polispecialistico o Distrettuale (secondo traiettorie variabili a seconda della casistica considerata) con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali. Tale aspetto distintivo rappresenta una importante implementazione dell'attuale offerta territoriale, consentendo un potenziamento della presa in carico e continuità della cura. I CAU mantengono modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP e le AFT dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali, oltre che con i DEA di I e II livello, costituendo un punto di riferimento dei servizi territoriali in un'ottica di prossimità.

Sono dotati di personale medico, infermieristico e, se necessario, di Operatori Socio-Sanitari. Sono dotati di capacità diagnostica (strumentale, imaging e laboratorio) e di supporto specialistico (anche con telemedicina). Dispongono quindi di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità. I medici impiegati sono preferibilmente afferenti al ruolo unico di assistenza primaria, mentre gli infermieri sono individuati dall'Azienda tra il proprio personale.

Di seguito i principali requisiti dei CAU rispetto al servizio di Continuità Assistenziale:

	Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)	Continuità Assistenziale (CA)
<b>Struttura</b>		
Area Accoglienza	✓	
Area Attesa	✓	✓
Ambulatorio	✓	✓
Area post-visita	✓	
<b>Diagnostica primo livello</b>		
ECG	✓	
Pulsossimetro	✓	
POCT (punto analisi laboratorio)	✓	
Eco-fast	✓	
<b>Strumentazione sanitaria</b>		
Attrezzature (lettino, armadio, frigo, ...)	✓	✓
Kit strumentario (otoscopio, oftalmoscopio, ...)	✓	
Suture e medicazioni	✓	
Materiale terapie intramuscolari	✓	✓
Prontuario farmaci	✓	✓
DAE e kit emergenza	✓	✓
<b>Dotazione software</b>		
Software collegato a flusso PS	✓	✓
Interoperabilità con SOLE, 116117, 118, COT	✓	
Accesso FSE	✓	
Sistema CUP	✓	
Telemedicina	✓	
<b>Procedure</b>		
Accoglienza/spot check	✓	

Criteri inclusione ed esclusione	✓	✓
Collegamento con DEA e trasporti	✓	✓
Accesso a reparti per acuti	✓	
Interfacce con MMG/PLS/AFT	✓	
Integrazione con centrali (COT, 116117)	✓	✓
Accesso a percorsi specialistici	✓	
<b>Articolazione oraria</b>		
Apertura prefestivi e festivi	✓	✓
Apertura notturna	✓	✓
Apertura diurna feriale	✓	
<b>Accesso utenza</b>		
Autopresentazione	✓	✓
Invio 116117	✓	✓
Invio da MMG/PLS	✓	
<b>Prestazioni</b>		
Visita medica	✓	✓
Certificazioni	✓	✓
Trattamento farmacologico al bisogno	✓	✓
Procedure chirurgiche minori	✓	
Prelievo per indagini di laboratorio - POCT	✓	
Osservazione post-trattamento	✓	✓
Percorsi a completamento dell'iter diagnostico	✓	
<b>Personale</b>		
Medico	✓	✓
Infermiere	✓	
Formazione specifica	✓	

Tabella 2 - Elenco dei requisiti organizzativi e tecnologici di CAU e CA

# Nuovo modello proposto di smistamento degli accessi

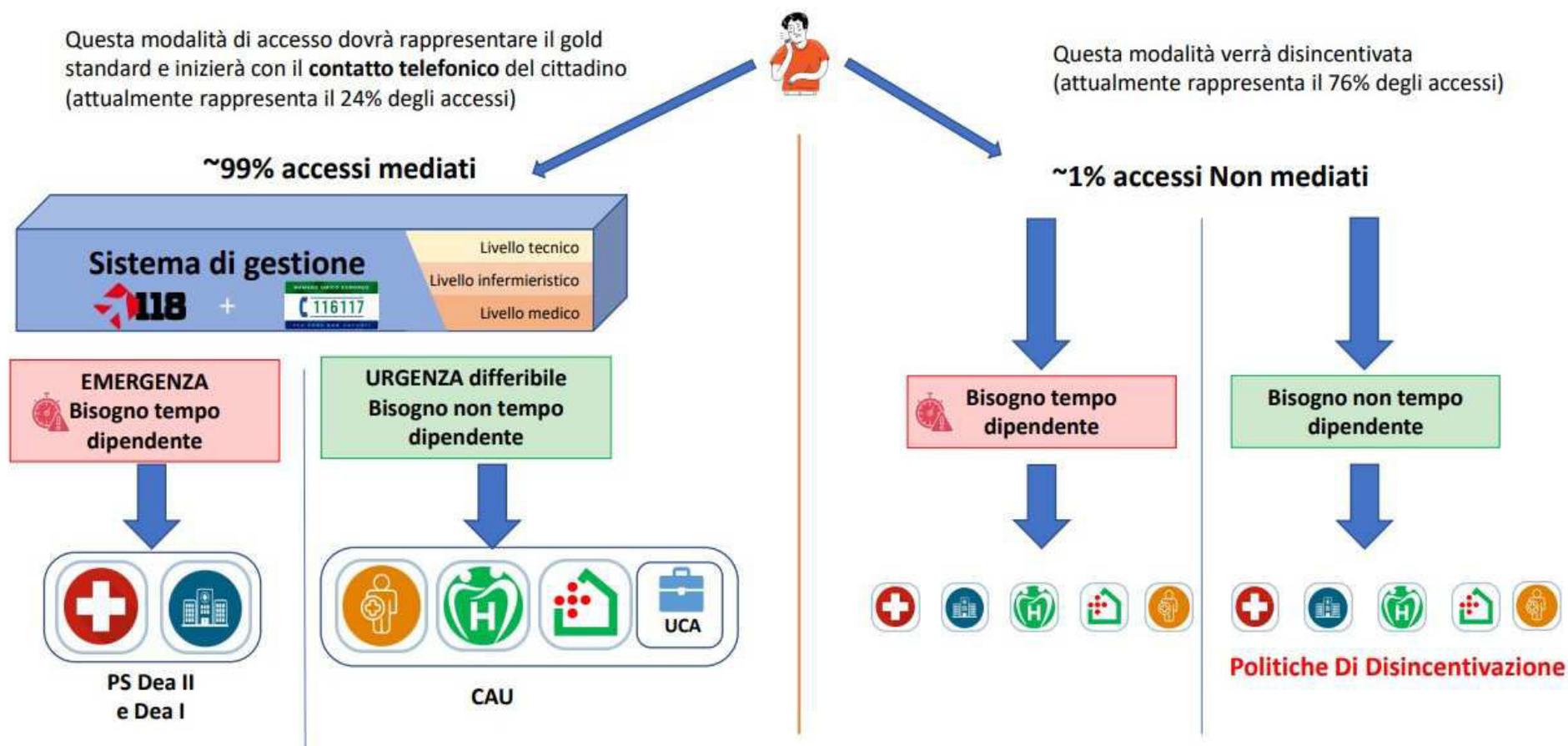


Figura 1 – Proposta di divisione dei flussi di accesso al sistema di emergenza-urgenza in Regione Emilia-Romagna

# Contesto AUSL della Romagna

Sul territorio della Romagna le strutture che attualmente rispondono all'emergenza-urgenza sono: 4 DEA di 2° livello, 3 DEA di 1° livello, 9 PPI e 29 punti di Continuità Assistenziale.

## Attività dei Punti di Primo Intervento (PPI)

La Tabella 3 mostra il volume degli accessi per l'anno 2022 nelle diverse strutture della AUSL Romagna e la percentuale sul totale degli accessi di codici bianchi e verdi che effettuano una sola prestazione e non esitano in ricovero.

STRUTTURA PS	Accessi	N.Accessi Bianchi e Verdi (no ricovero con 1 prestazione)	% .Accessi Bianchi e Verdi (no ricovero con 1 prestazione)
08007200 - PS -(DEA 2°) -OSPEDALE RAVENNA	81.969	18.668	23%
08008501 - PS -(DEA 2°) -OSPEDALE FORLÌ	46.516	5.377	12%
08009501 - PS -(DEA 2°) -OSPEDALE RIMINI	96.080	20.396	21%
08009101 - PS -(DEA 2°) -OSPEDALE CESENA	64.969	12.187	19%
08007900 - PS -(DEA 1°) -OSPEDALE LUGO	29.896	4.545	15%
08008200 - PS -(DEA 1°) -OSPEDALE FAENZA	34.978	5.362	15%
08010001 - PS -(DEA 1°) -OSPEDALE RICCIONE	30.950	3.144	10%
00040100 - PPI-BELLARIA-IGEA MARINA	1.227	958	78%
00501800 - PPI-PRESIDIO SANITARIO SAN GIORGIO	12.156	7.582	62%
08008503 - PPI-OSPEDALE SANTA SOFIA	4.324	1.050	24%
03010000 - PPI-OSPEDALE LORENZO CAPPELLI	3.805	1.200	32%
08009102 - PPI-OSPEDALE CESENATICO	18.786	5.745	31%
08009103 - PPI-OSPEDALE BAGNO DI ROMAGNA	3.042	1.030	34%
08009502 - PPI-OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA	13.501	2.307	17%
08009503 - PPI-OSPEDALE NOVAFELTRIA	8.331	1.819	22%
08010002 - PPI-OSPEDALE CATTOLICA	14.897	4.354	29%

Tabella 3 - Volume degli accessi presso i PPI dell'AUSL Romagna nel 2022

Di seguito (tabella 4) si dettaglia l'assetto dei Punti di Primo Intervento in termini di personale medico ed infermieristico impiegato nelle diverse sedi.

Struttura PPI	Accessi 2022	Personale	
		Medici	Infermieri
PPI CERVIA	12.156	CA	PS-MURG
PPI CESENATICO	18.786	CA + PS-MURG	PS-MURG
PPI SANTA SOFIA	4.324	Medicina Interna	PS-MURG
PPI MERCATO SARACENO	3.805	CA	118 (se escono: SRADA)
PPI BAGNO DI ROMAGNA	3.042	PS-MURG e MET	118 (se escono: med.int.)
PPI CATTOLICA	14.897	CA	PS-MURG
PPI SANTARCANGELO DI ROMAGNA	13.501	PS-MURG	PS-MURG
PPI NOVAFELTRIA	8.331	PS-MURG e MET	PS-MURG
PPI BELLARIA-IGEA MARINA	1.227	CA	PS-MURG

Tabella 4 - Personale impiegato nei PPI

## Attività del servizio di Continuità Assistenziale (CA)

La figura 2 riporta la localizzazione attuale del servizio di CA nel territorio dell'AUSL Romagna. Questi punti erogativi forniscono, a seconda delle sedi:

- attività ambulatoriali ad accesso diretto nei prefestivi e festivi diurni;
- attività domiciliari a chiamata (orari notturni; prefestivi e festivi diurni);
- una combinazione variabile di queste attività.

Nelle provincie di Ravenna e di Rimini sono inoltre presenti due centrali telefoniche, che raccolgono le chiamate di tutto il territorio interessato ad un unico numero. I medici di CA presenti in centrale possono dare consigli telefonici, riferire ai servizi di emergenza-urgenza, inviare un medico dai punti di sosta per una visita domiciliare oppure inviare l'utente presso uno degli ambulatori ad accesso diretto di CA.

L'attività di questo servizio in Azienda è piuttosto disomogeneo in termini di funzionamento, orari di apertura e attività svolte. In generale, vi è un impiego non efficiente delle risorse mediche, considerando i dati di attività degli ultimi anni:

Attività	anno 2022
Visite domiciliari	12.077 (1 ogni 17h)
Visite ambulatoriali	22.817 (1 ogni 5h)
Risposte telefoniche	135.335 (1 ogni 3h)

Tabella 5 - Attività di Continuità Assistenziale in AUSL Romagna nel 2022

#	SEDE (FC)	#	SEDE (RN)
1	Forlì	16	Cattolica
2	Modigliana	17	Riccione
3	Premilcuore	18	Morciano
4	Predappio	19	Coriano
5	Dovadola	20	Rimini
6	Forlimpopoli	21	Bellaria
7	Meldola	22	Santarcangelo
8	Santa Sofia	23	Novafeltria
#	SEDE (RA)		
9	Cesena	24	Ravenna
10	Mercato Saraceno	25	Cervia
11	S. Piero in Bagno	26	Faenza
12	Alfero	27	Riolo Terme
13	Savignano	28	Lugo
14	Cesenatico	29	Alfonsine
15	Sogliano		



Figura 2 – Punti erogativi del Servizio di Continuità Assistenziale in AUSL Romagna nel 2022

# Piano di riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza - AUSL Romagna

## Finalità

Nell'ottica di un potenziamento dell'accessibilità dei servizi di assistenza primaria (disponibilità per il cittadino) e di una maggior efficienza del servizio (congruo utilizzo delle risorse), si propone una revisione del modello organizzativo, che prevede di:

- Rafforzare il sistema delle cure territoriali prevedendo l'individuazione di due percorsi distinti nell'accesso alle cure emergenti-urgenti, il primo riservato al trattamento delle patologie tempo dipendenti (DEA I e II livello) e il secondo a quelle a bassa media complessità (CAU);
- Prevedere il progressivo superamento dell'assetto organizzativo del servizio di Continuità Assistenziale attraverso l'implementazione delle Unità di Continuità Assistenziale – UCA diurne e h24, garantendo oltre a quanto previsto dal DM 77 il servizio per le urgenze domiciliari a bassa complessità;
- Attivare la Centrale 116117, al fine di orientare e supportare il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari a bassa complessità e più in generale nella rete sociale e socio-sanitaria;
- Allineare la riforma delle cure territoriali (infermiere di Famiglia e di Comunità – Centrali Operative Territoriali) in applicazione agli standard territoriali previsti dal DM 77 con il piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza – urgenza al fine di aumentare la capacità di risposta del sistema sanitario qualificando i percorsi di accesso e presa in carico territoriali e favorendo la riduzione al ricorso delle strutture ospedaliere;
- Garantire la partecipazione e la condivisione dei professionisti coinvolti (MMG-PLS-Medici Urgenza-Infermieri, ecc.) nel processo di trasformazione al fine di generare una maggiore adesione al cambiamento e favorendo una maggiore appropriatezza in relazione ai percorsi formativi acquisiti – medici urgenza verso i DEA I e II livello - Medici del ruolo unico di assistenza primaria;

# Implementazione del piano aziendale

## Identificazione dei CAU

In aderenza alle indicazioni della riforma sintetizzata nel documento “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza Urgenza in Emilia-Romagna” inviato alle Aziende e agli Enti del servizio sanitario, in AUSL Romagna si procederà alla progressiva razionalizzazione delle sedi di CA e alla contestuale identificazione dei CAU e loro progressiva attivazione sul territorio. L’individuazione dei nuovi Centri di Assistenza e Urgenza avverrà secondo gli indirizzi regionali e locali attraverso il confronto con le CTSS, alla luce delle indicazioni di dotazione tecnologica, strutturale e relative alle risorse professionali.

I CAU verranno quindi istituiti presso le seguenti articolazioni organizzative:

1. Trasformazione PPI Territoriali - PPI Ospedalieri;
2. In prossimità dei DEA di I o II livello;
3. All’interno della rete delle Case di Comunità / strutture territoriali, per particolari caratteristiche oro-geografiche o di ampiezza del bacino di popolazione;
4. presso le sedi di Nuclei di Cure Primarie strutturati che presentino i requisiti adeguati.

## Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) oltre il DM 77/2022

L’Unità di Continuità Assistenziale (UCA) da DM 77/2022 è prevista come equipe mobile, che afferisce al Distretto, per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Sono composte da 1 medico e 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento, che corrisponde circa a 100.000 abitanti, equivalenti per l’AUSL Romagna a 12 equipe (4 per ciascun ambito provinciale). Svolgono la loro attività 5 giorni su 7 sulle 12 ore (8:00 – 20:00) e ne è prevista l’attivazione tramite: COT, MMG/PLS, 116117.

Durante la fase di superamento della CA - ed eventualmente anche in una fase successiva - l’AUSL Romagna prevede di utilizzare le UCA anche per l’Assistenza Domiciliare nel modello di continuità assistenziale PFN (prefestiva, festiva e notturna).

L’attivazione potrà essere fatta dalla Centrale Operativa di CA (primo step) e successivamente dalla centrale 116117 (a regime). Saranno in questo caso composte solamente da 1 medico, con la possibilità di attivare se necessario l’infermiere dell’ADI, già oggi disponibile in Pronta Disponibilità Notturna su tutto il territorio aziendale in favore dei pazienti in carico al servizio di assistenza domiciliare.

## Centrale Operativa Unica CA e Centrale 116117

La riforma regionale - seguendo le indicazioni del DM 77/2022 - prevede a regime la creazione della Centrale Operativa per le cure non urgenti: sarà infatti attivato il numero unico europeo 116117, attivo h24, 7 giorni alla settimana, per gestire i primi contatti con l'utenza, in termini di assistenza e/o informazioni.

Il contatto si articola su tre livelli: il primo si avrà con un operatore laico (non sanitario) formato alla decodifica dei bisogni principali (modello 118), cui può seguire un infermiere e, se necessario, un medico.

Attualmente in Romagna esistono due Centrali Operative per la Continuità Assistenziale che coprono i territori di Ravenna e Rimini; mentre è in via di attivazione nella provincia di Forlì - Cesena.

In vista della sperimentazione della centrale 116117, si propone come azione propedeutica, la creazione di una Centrale Operativa Unica per la Romagna, presso la sede di Ravenna, con numero verde dedicato, per la ricezione dei bisogni dei cittadini e l'invio presso le sedi di CA o CAU. Questa sede sarà localizzata fisicamente in prossimità della Centrale Unica del 118 e della centrale dei trasporti secondari, andando così a costituire un unico polo delle centrali per tutto il territorio dell'AUSL Romagna.

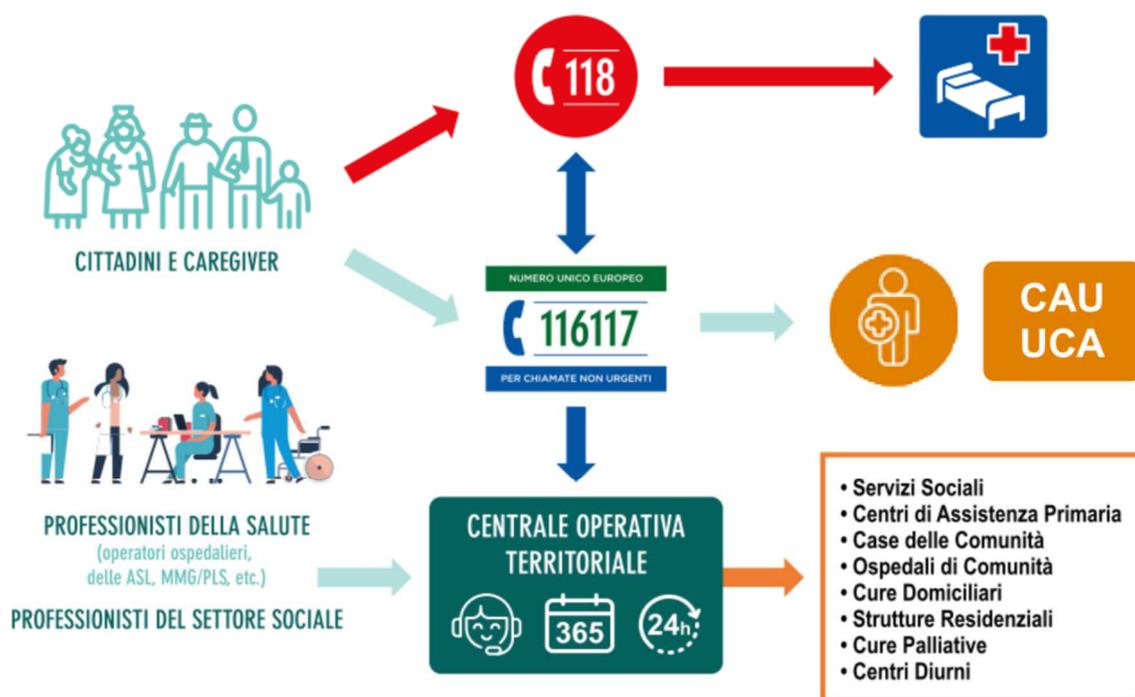


Figura 3 - Connessioni tra le centrali operative e servizi attivabili

## Gruppi di lavoro AUSL Romagna

L'AUSL Romagna prevede di integrare questa progettualità all'interno delle più ampie riforme della rete dell'assistenza territoriale previste dal DM77/2022 e a questo fine ha costituito sei gruppi di lavoro, coordinati a livello aziendale dalla Direzione Sanitaria.

I gruppi di lavoro si occuperanno dei seguenti temi:

1. Centrale CA / 116117
2. UCA
3. COT
4. IFeC
5. Formazione
6. Valutazione

Ogni gruppo di lavoro ha un'impostazione trasversale sui servizi, coinvolgendo rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Direzioni di Distretto, Direzioni Infermieristiche e Tecniche, DASS, Dipartimenti di Cure Primarie, il Servizio Informatico, il Controllo di Gestione, i Servizi Amministrativi di riferimento, il servizio di Formazione aziendale, il servizio di Valutazione e sviluppo dei servizi aziendali, il 118, il Programma PS, le Direzioni mediche di Presidio Ospedaliero.

## Step 1: entro dicembre 2023

In recepimento degli obiettivi programmatori regionali, l'AUSL della Romagna prevede di realizzare entro la fine del 2023:

- attivazione di 9 CAU;
- costituzione Centrale Unica di CA;
- riorganizzazione degli attuali punti di CA (da 29 a 15);
- attivazione di 3 UCA notturne inter-distrettuali.

Nello specifico, si convertiranno 8 Punti di Primo Intervento in CAU funzionanti h24 e si aprirà un nuovo CAU h12 presso il CMP di Ravenna.

La realizzazione del progetto si esplica attraverso la rimodulazione della distribuzione dei punti periferici di Continuità Assistenziale, riducendone la numerosità e/o rivedendone la collocazione, con una più omogenea distribuzione dei carichi di lavoro delle sedi.

Le risorse mediche recuperate potranno così essere destinate all'attivazione dei CAU e del servizio delle UCA.

Le UCA inter-distrettuali sopperiranno all'attività domiciliare notturna delle sedi di CA soppresse e avranno sede fisica presso strutture territoriali aziendali. In funzione dei volumi di attività stimati, e considerando l'esclusiva funzione domiciliare, potranno coprire un territorio di riferimento differente a quello attualmente assegnato ai medici di CA.

I dettagli delle sedi di attivazione sono riportati nella figura 4.

La sede del PPI territoriale di Cervia, già dal 2020, presenta un'organizzazione molto simile ai futuri CAU, prevedendo: un'apertura h24 che si avvale di medici di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a ciclo orario; personale infermieristico con formazione nella gestione dei pazienti con bisogni urgenti; dotazioni tecnologiche con diagnostica radiologica, strumentale e di laboratorio di base. Allo stesso modo, anche il PPI di Cattolica possiede già i requisiti previsti dalla riforma regionale. Per questo motivo, queste saranno temporalmente le prime sedi di attivazione dei CAU presso l'AUSL Romagna.

#	SEDE CAU	IPOTESI
1	PPI Cervia	CAU h24
2	PPI Cesenatico	CAU h24
3	PPI Santa Sofia	CAU h24
4	PPI Mercato Saraceno	CAU h24
5	PPI Bagno di Romagna	CAU h24
6	PPI Cattolica	CAU h24
7	PPI Santarcangelo di Romagna	CAU h24
8	PPI Novafeltria	CAU h24
9	CMP Ravenna	CAU h12

#	UCA interdistrettuali
1	Cervia + Cesenatico
2	Novafeltria + Mercato Saraceno
3	S. Sofia + Bagno di Romagna + Verghereto

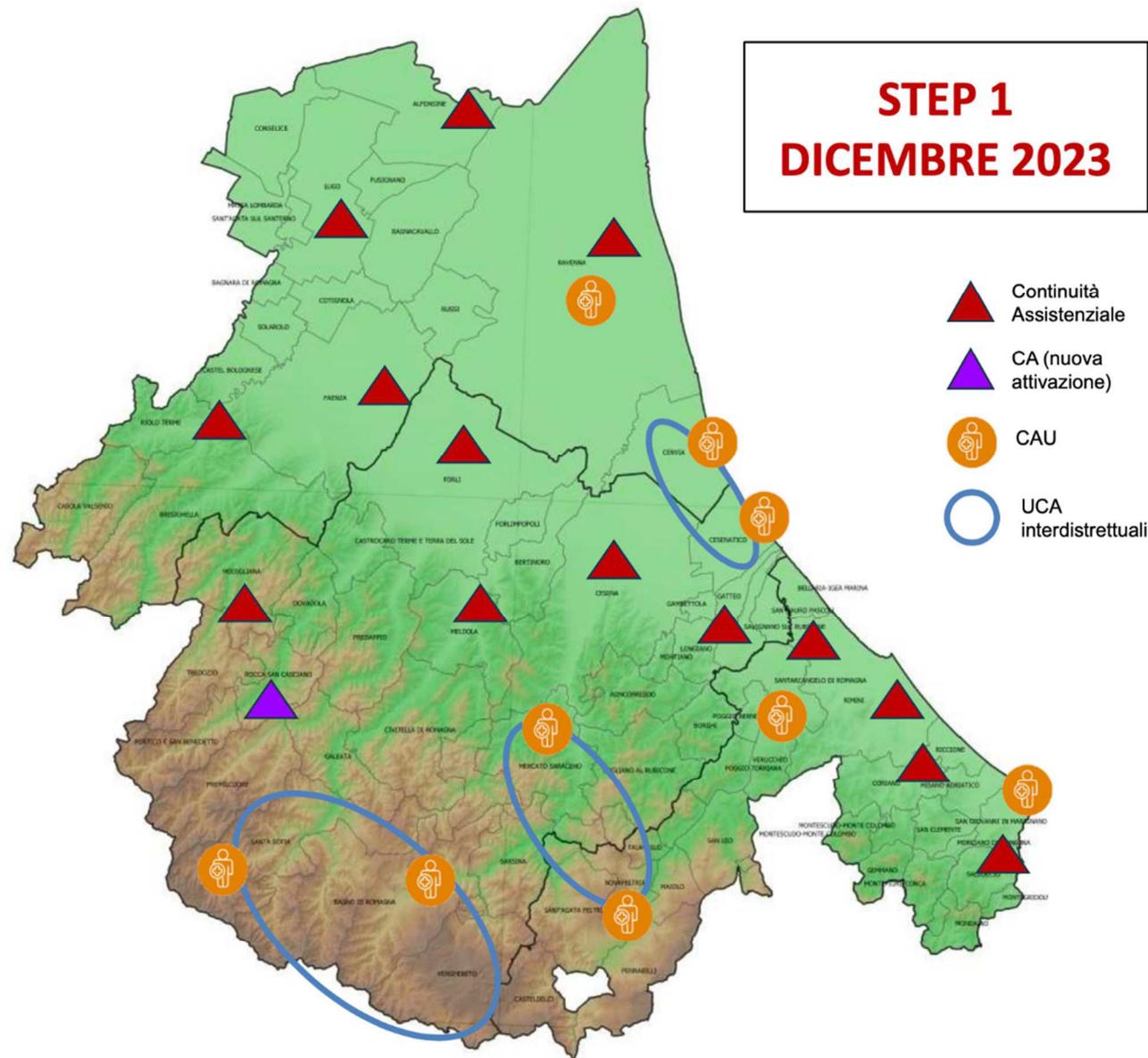


Figura 4 – Primo step di riorganizzazione e attivazione di CAU e UCA in AUSL Romagna

## Step 2: 2024-2025

Nella seconda fase sarà realizzato il completamento della riforma (fig. 5), attraverso:

- attivazione di ulteriori 12 CAU entro dicembre 2024;
- superamento di 13 punti di CA e mantenimento di 2 sedi di CA, in considerazione delle caratteristiche geografiche e demografiche (Rocca San Casciano e Modigliana).

Questi CAU, nella proposta attuale, verrebbero attivati in prossimità dei DEA di 1° e 2° livello e presso alcune Case della Comunità o in sedi di Nuclei di Cure Primarie Strutturati dotati degli opportuni requisiti strutturali.

Contestualmente, si arriverà al superamento della Centrale Unica di CA per implementare completamente la Centrale per le cure non urgenti 116117, prevista dal DM 77/2022 e dalla riforma regionale.

Si prevede inoltre la messa a regime del servizio di assistenza domiciliare in urgenza (UCA).

Questo avverrà - grazie al coordinamento dei gruppi di lavoro aziendali - in conformità e armonia con i progetti aziendali sullo sviluppo delle Centrali Operative Territoriali (COT) e degli altri nodi della rete socio-sanitaria e assistenziale, come l'estensione a tutto il territorio aziendale degli Infermieri di Comunità e Famiglia (IFeC).

È previsto inoltre un consolidamento del sistema di verifica e monitoraggio delle interfacce tra i CAU e il resto della rete e del livello di attività e di integrazione raggiunto.

Questo il quadro delle varie strutture di emergenza-urgenza in seguito alla riforma:

AUSL Romagna oggi		AUSL Romagna nel 2025	
DEA II	4	DEA II	4
DEA I	3	DEA I	3
PS	7	CAU	21
PPI			
UCA	—	UCA	12
CA	29	CA	2

Tabella 6 - Confronto servizi AUSL Romagna oggi VS 2022

#	TERRITORIO CAU	IPOTESI
10	Morciano di Romagna	CAU h12
11	Riccione	CAU h12
12	Rimini	CAU h12
13	Bellaria-Igea Marina	CAU h12*
14	Savignano sul Rubicone	CAU h12
15	Forlimpopoli	CAU h12
16	Forlì	CAU h12
17	Cesena	CAU h12
18	Lugo	CAU h12
19	Faenza	CAU h12
20	Castel Bolognese	CAU h12
21	Conselice	CAU h12

#	UCA distrettuali/interdistrettuali
4	Ravenna
5	Lugo
6	Faenza
7	Forlì
8	Meldola
9	Cesena
10	Rimini
11	Riccione
12	Santarcangelo + Savignano

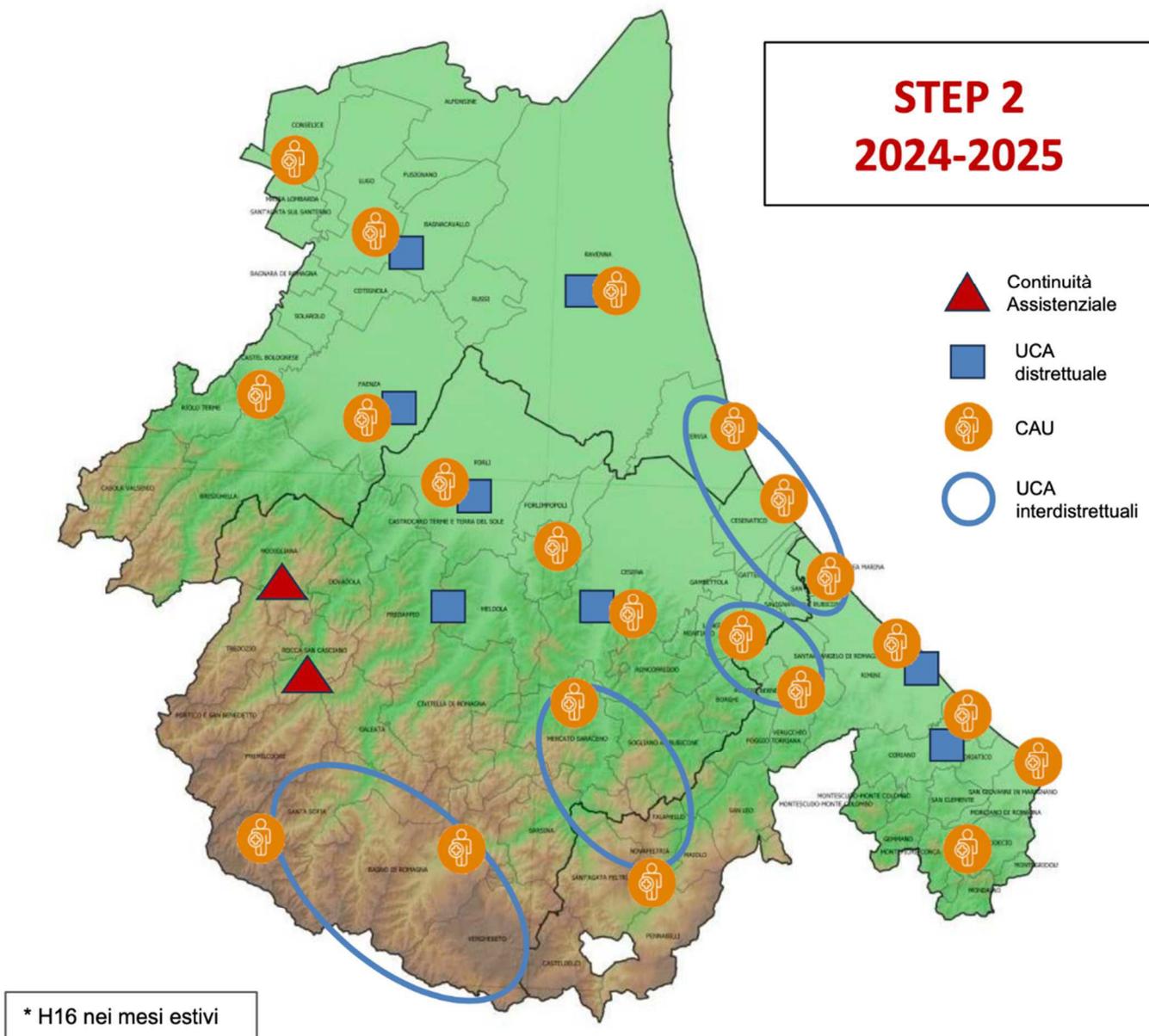


Figura 5 – Secondo step di riorganizzazione e attivazione di CAU e UCA in AUSL Romagna



## SINTESI PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2023-2025

Nel Piano dei Fabbisogni sono stati contemplati i seguenti sviluppi progettuali:

- 1) Attivazione Centri Assistenza Urgenza territoriali (CAU) -Delibera 1206 del 17/07/2023
- 2) Sviluppo Assistenza Territoriale (DM 77/2022) che prevede:
  - a) Infermiere di Famiglia e Comunità;
  - b) Centrale Operativa Territoriale (COT);
  - c) Unità di Continuità Assistenziali (UCA);
  - d) Incremento presa in carico Assistenza Domiciliare Integrativa (ADI) Over 65 nel rispetto dello Standard di riferimento definito al 10%

Di seguito, la sintesi:

Previsto PTFP 2023-2025	Dicembre 2023	Anno 2024	Anno 2025	Totale
Infermieri CAU	56	34	//	90
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica CAU	5	12	//	17
Infermieri di Famiglia e Comunità	40	40	39	119
Infermieri COT	26	15	14	55
Infermieri UCA	6	6	//	12
Incremento per presa in carico ADI >10% per pz over 65	//	35	35	70
<b>Totale</b>	<b>133</b>	<b>142</b>	<b>88</b>	<b>363</b>

### 1) Attivazione Centri Assistenza Urgenza territoriali (CAU)

Riordino della rete emergenza-urgenza – Delibera 1206 del 17/07/2023

Richiamata la pianificazione condivisa con i Direttori di Distretto e presentata all'ufficio di Staff il giorno 3 Luglio 2023 e in Regione Mercoledì 5 Luglio, si produce a seguito la pianificazione delle sedi logistiche previste all'interno delle 3 Province, oltre a definire le tempistiche di implementazione e relative risorse necessarie. In sintesi, al fine di rispettare quanto sopra rappresentato sono necessarie 90 unità infermieristiche e 17 unità di tecnici di radiologia.

Si produce nella tabella a seguito la suddivisione delle risorse richieste tra l'anno 2023 e 2024 per lo sviluppo dei CAU:

<b>Assunzioni Profilo Sanitario</b>	<b>Entro Dicembre 2023</b>	<b>Entro Dicembre 2024</b>
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica	5 (di cui n. 1 organico integrativo)	12 (di cui n. 3 organico integrativo)
Infermieri	56 (di cui n. 11 organico integrativo)	34 (di cui n. 7 organico integrativo)
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>46</b>

#### Piano di sviluppo CAU – dettaglio 2023-2024

<b>STRUTTURA</b>	<b>Totale Accessi 2022</b>	<b>n° Accessi Codici Verdi e Bianchi (no ricovero con 1 prestazione)</b>	<b>n° Accessi giornalieri H24</b>	<b>n° Accessi giornalieri H 12 diurne (con incremento al 25%)</b>	<b>Apertura ipotizzata</b>	<b>Dotazione Personale Infermieristico n° Unità di Base</b>	<b>Dotazione Personale Tecnico RX n° Unità di Base</b>	<b>Ipotesi Implementazione</b>
Ospedale Ravenna (DEA 2° L) CMP	81969	18668	51,15	38,36	H 12	5	3	2023
Ospedale Forlì (DEA 2°L)	46516	5377	14,73	11,04	H 12	2	3	2024
Ospedale Rimini (DEA 2°L)	96080	20396	55,88	41,91	H 12	5	3	2024-2025
Ospedale Cesena (DEA 2°L)	64969	12187	33,39	25,04	H 12	2	3	2024
Ospedale Lugo (DEA 1°L)	29896	4545	12,45	9,33%	H 12	2	0	2024
Ospedale Faenza (DEA 1°L)	34978	5362	14,69	11,01	H 12	2	0	2024
Ospedale Riccione (DEA 1°L)	30950	3144	8,61	6,45	H 12	2	0	2024
PPI BELLARIA	1227	958	2,62	/	H 12 - 16	2	0	2024
PPI Cervia	12156	7582	20,77	/	H 24	5	1	2023
Forlimpopoli	/	/	/	/	H 12	2	0	2024
Morciano	/	/	/	/	H 12	2	0	2024
PPI Santa Sofia	4324	1050	2,877	/	H 24	5	0	2023
PPI Mercato Saraceno	3805	1200	3,288	/	H 24	5	0	2023
PPI Cesenatico	18786	5745	15,740	/	H 24	5	0	2023
PPI Bagno di Romagna - S. Piero in Bagno	3042	1030	2,82	/	H 24	5	0	2023
PPI Santarcangelo di Romagna	13501	2307	6,32	/	H 24	5	0	2023
PPI Novafeltria	8331	1819	4,98	/	H 24	5	0	2023
Conselice	/	/	/	/	h12	2	0	2024
Castel Bolognese	/	/	/	/	h12	2	0	2024
Savignano	/	/	/	/	h12	2	0	2024
PPI Cattolica	14897	4354	11,93	/	H 24	5	0	2023
<b>DELTA BASE PERSONALE INFERMIERISTICO 72 ORGANICO INTEGRATIVO 18 ORGANICO COMPLESSIVO 90</b>								
<b>DELTA BASE PERSONALE RADIOLOGIA 13 ORGANICO INTEGRATIVO 4 ORGANICO COMPLESSIVO 17</b>								

## 2) Sviluppo assistenza territoriale (DM 77/2022)

### a) FABBISOGNO INFERMIERE DI FAMIGLIA per AMBITO TERRITORIALE

Ambito territoriale AUSL della Romagna	Distretti sanitari di residenza*	Totale popolazione e residente per Distretto*	Totale popolazione residente per ambito territoriale*	IPOTESI (1 INF di Famiglia ogni 2000 abitanti)	IPOTESI (1 INF di Famiglia ogni 3000 abitanti)
Ravenna	Distretto Lugo(Romagna)	101.544	388.702	194,35	129,56
	Distretto Faenza(Romagna)	88.521			
	Distretto Ravenna(Romagna)	198.637			
Cesena	Distretto Cesena - Valle del Savio(Romagna)	115.945	208.880	104,44	69,62
	Distretto Rubicone(Romagna)	92.935			
Forlì	Distretto Forlì(Romagna)	184.354	184.354	92,17	61,45
Rimini	Distretto Rimini(Romagna)	225.998	341.437	170,71	113,81
	Distretto Riccione(Romagna)	115.439			
<b>Totale</b>		<b>1.123.373</b>	<b>1.123.373</b>	<b>561,68</b>	<b>374,45</b>

\* Fonte dati R.E.R., Controllo di gestione AUSL della Romagna, popolazione residente al 01.01.2023

**FABBISOGNO INFERMIERE DI FAMIGLIA per DISTRETTI AUSL ROMAGNA**

<b>Ambito territoriale AUSL della Romagna</b>	<b>Distretti sanitari di residenza*</b>	<b>Totale popolazione residente per Distretto *</b>	<b>IPOTESI (1 INF di Famiglia ogni 2000 abitanti)</b>	<b>IPOTESI (1 INF di Famiglia ogni 3000 abitanti)</b>
<b>Ravenna</b>	Distretto Lugo(Romagna)	<b>101.544</b>	<b>50,77</b>	<b>33,84</b>
	Distretto Faenza(Romagna)	<b>88.521</b>	<b>44,26</b>	<b>29,50</b>
	Distretto Ravenna(Romagna)	<b>198.637</b>	<b>99,31</b>	<b>66,21</b>
<b>Cesena</b>	Distretto Cesena - Valle del Savio(Romagna)	<b>115.945</b>	<b>57,97</b>	<b>38,64</b>
	Distretto Rubicone(Romagna)	<b>92.935</b>	<b>46,46</b>	<b>30,97</b>
<b>Forli'</b>	Distretto Forlì(Romagna)	<b>184.354</b>	<b>92,17</b>	<b>61,45</b>
<b>Rimini</b>	Distretto Rimini(Romagna)	<b>225.998</b>	<b>112,99</b>	<b>75,33</b>
	Distretto Riccione(Romagna)	<b>115.439</b>	<b>57,71</b>	<b>38,47</b>
<b>Totale</b>		<b>1.123.373</b>	<b>561,68</b>	<b>374,45</b>

\* Fonte dati R.E.R., Controllo di gestione AUSL della Romagna, popolazione residente al 01.01.2023

**b) FABBISOGNO PERSONALE INFERMIERISTICO PER CENTRALE OPERATIVE TERRITORIALI-COT**

<b>Ambito territoriale AUSL della Romagna</b>	<b>Distretti sanitari di residenza*</b>	<b>Totale popolazione residente per Distretto* anno 2023</b>	<b>Totale popolazione residente per ambito territoriale*</b>	<b>Numero COT</b>	<b>Unità personale Inf - OB</b>
<b>Ravenna</b>	Distretto Lugo(Romagna)	<b>101.544</b>	<b>388.702</b>	<b>4</b>	<b>19</b>
	Distretto Faenza(Romagna)	<b>88.521</b>			
	Distretto Ravenna(Romagna)	<b>198.637</b>			
<b>Cesena</b>	Distretto Cesena - Valle del Savio(Romagna)	<b>115.945</b>	<b>208.880</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
	Distretto Rubicone(Romagna)	<b>92.935</b>			
<b>Forlì</b>	Distretto Forlì(Romagna)	<b>184.354</b>	<b>184.354</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>Rimini</b>	Distretto Rimini(Romagna)	<b>225.998</b>	<b>341.437</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
	Distretto Riccione(Romagna)	<b>115.439</b>			
<b>Totale</b>		<b>1.123.373</b>	<b>1.123.373</b>	<b>8 distrettuali + 3 Provinciali</b>	<b>55</b>

\* Fonte dati R.E.R., Controllo di gestione AUSL della Romagna, popolazione residente al 01.01.2023

**c) SINTESI FABBISOGNO RISORSE SVILUPPO ASSISTENZA TERRITORIALE**

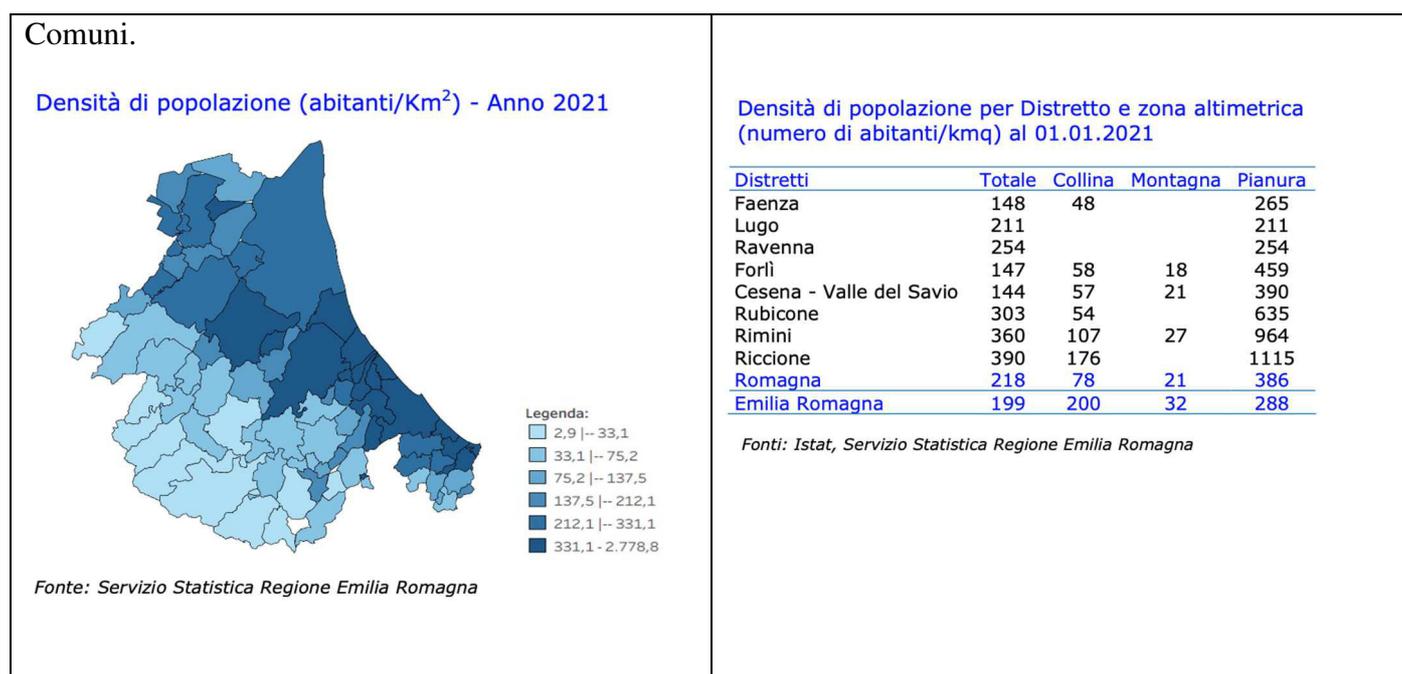
**Compreso UCA E ADI OVER 65 ANNI (DM 77/2022)**

<b>Ambito territoriale</b>	<b>Determinazione personale per Infermiere di Famiglia e Comunità (1/3000)</b>	<b>COT</b>	<b>Unità di Cont. Ass.</b>	<b>Attuali risorse assegnate ADI</b>	<b>Delta Personale (utilizzando il rapporto 1/3000)</b>	<b>Incremento presa in carico ADI utenti over 65 (Standard di riferimento al 10%)</b>
Ravenna	<b>129,56</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>99</b>	<b>53,56</b>	<b>24</b>
Rimini	<b>113,81</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>56</b>	<b>77,81</b>	<b>20</b>
Forlì	<b>61,45</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>45</b>	<b>27,45</b>	<b>14</b>
Cesena	<b>69,62</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>55</b>	<b>26,62</b>	<b>12</b>
<b>TOTALE</b>	<b>374,45</b>	<b>55</b>	<b>12</b>	<b>255</b>	<b>186,45</b>	<b>70</b>

## Proposta di consolidamento distrettuale ed ospedaliero nell’Azienda Usl della Romagna

**“Un’azienda divisionalizzata su base territoriale (distrettuale) per Assicurare il presidio dei livelli di assistenza da garantire localmente, in un quadro di governo aziendale unitario ed armonico, capace di assicurare: ai cittadini equità di accesso ai servizi e alle prestazioni prodotti; ai professionisti e tutto il personale dipendente equità nelle opportunità di valorizzazione ed accrescimento professionale/lavorativo e nell’applicazione degli istituti contrattuali”.**

L’AUSL della Romagna è chiamata a rispondere ai bisogni di salute e di servizi di un bacino d’utenza tra i più vasti del Paese, con una popolazione residente che al 01.01.2021 contava **1.122.114** cittadini suddivisi in 3 province: **388.438** a Ravenna, **394.028** a Forlì-Cesena (di cui **184.741** residenti a Forlì e **209.287** a Cesena) e **339.648** a Rimini, distribuita su di un territorio di 5.160 chilometri quadrati, articolato in 75 Comuni ( 35 comuni in collina, 32 in pianura e 8 in montagna), caratterizzato da differenze significative nelle sue principali variabili: di popolazione – struttura, densità abitativa, fluttuazioni stagionali (l’anno 2021 ha registrato circa 22 milioni di presenze di non residenti); di tipo oro-geografico – pianura e territorio collinare appenninico: l’86% della popolazione si concentra nei Comuni della pianura, che occupano una superficie pari al 48% del totale; in collina (36% della superficie) risiede il 13% degli abitanti, nei Comuni di montagna (16% della superficie) risiede l’1% della popolazione complessiva. Queste caratteristiche influenzano in modo importante la tipologia, la distribuzione, il dimensionamento e l’accessibilità fisico-temporale dei servizi sanitari.



La ricchezza e la variabilità dei contesti sociodemografico e geografico si associano ad un sistema di servizi sanitari che, nelle mix qualitativo-distributivo e dimensionale, è sostanzialmente ereditato dal periodo precedente a quello dell’istituzione dell’Azienda Unità Sanitaria della Romagna. Quest’ultimo aspetto rende ragione di una pluralità di disomogeneità nella dotazione delle risorse, relativamente “ricca” e territorialmente articolata, come nell’organizzazione e nelle procedure che caratterizzano i servizi sanitari ed amministrativi. Disomogeneità che limitano la possibilità di beneficiare pienamente delle potenzialità e dei benefici, nell’assistenza e nei processi produttivi, correlati all’integrazione.

Le caratteristiche di alta differenziazione del territorio di riferimento dell'azienda, integrano quelle di massimo decentramento della produzione e del consumo proprio delle prestazioni sanitarie a domanda individuale, quelle di "burocrazia professionale", propria dell'organizzazione della sanità, nonché l'alto valore "politico" che la sanità assume per le amministrazioni locali richiedono una configurazione organizzativa dell'azienda capace di coniugare le ragioni del decentramento (prossimità delle prestazioni di cura-assistenza e/o di presa in carico, responsabilità e rendicontazione verso le comunità) con quelle della integrazione/concentrazione (efficacia, efficienza delle prestazioni e dei servizi) e dell'equità. Una configurazione organizzativa dove la modulazione tra concentrazione e decentramento dei servizi sia coerente con la natura delle prestazioni e dei servizi da fornire assicurando: massimo decentramento possibile – **distrettuale o sub distrettuale** - per le prestazioni sanitarie e domanda individuale come la specialistica ambulatoriale o il ricovero ospedaliero per problematiche ad alta frequenza che richiedono risposte erogabili da funzioni specialistiche di base a larga diffusione, **decentramento intermedio o sovra-distrettuale/provinciale** per le prestazioni sanitarie a domanda collettiva (come ad esempio i programmi di screening) oppure prestazioni di ricovero che richiedono risposte multi specialistiche, **concentrazione aziendale** per servizi tecnico-amministrativi e professionali con carattere prevalentemente logistico e di supporto, servizi sanitari intermedi ad alta standardizzazione dei processi produttivi o ricoveri richiedenti una risposta ad alta sofisticazione del sistema tecnico.

**La configurazione organizzativa** che si ritiene rispondere al meglio alle diverse esigenze sopra sommariamente descritte è quella di tipo "**divisionale**", con "divisioni" disegnate sulla base di ambiti geografico-territoriali capaci di riassumere e assicurare il governo e la produzione dei tre livelli di assistenza sanitaria (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) e di assicurare uno stretto raccordo e coerenza con gli organismi di governo e di programmazione dell'integrazione sociale e sanitaria. L'ambito territoriale che consente di soddisfare le due principali esigenze sopra esplicitate è quello coincidente con il distretto sanitario e sociale. Come noto, l'Azienda della Romagna si articola in otto distretti, con una popolazione media di circa 140.000 abitanti - variabile da un minimo di circa 89.000 (Faenza) a un massimo di oltre 226.000 (Rimini) -. Tutti i distretti, ad eccezione di quello del Rubicone, sono dotati di servizi territoriali afferenti alle cure primarie, alla sanità pubblica e di un presidio ospedaliero in grado di assicurare le funzioni specialistiche di base a larga diffusione. Il distretto (sette degli otto) può e deve assicurare il governo comprensivo dei principali servizi sociali e sanitari nel territorio di competenza e la gestione verticalmente integrata dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri a larga diffusione.

Il Distretto ha il compito di realizzare il governo partecipato del territorio. Tramite il coinvolgimento degli Enti Locali, delle comunità di cittadini, del volontariato-terzo settore e dei professionisti, assicura una programmazione locale che garantisce l'accesso ai servizi e l'integrazione tra sociale e sanitario. Più specificamente il Distretto realizza la pianificazione integrata, la programmazione e l'organizzazione dei servizi nell'ambito dell'assistenza primaria, dell'integrazione sociale e sanitaria, della prevenzione primaria e secondaria e della riabilitazione territoriale, garantendo la disponibilità effettiva di percorsi/traiettorie di cura e di presa in carico delle persone con problemi complessi e cronici. Il tutto nell'obiettivo di offrire accesso diretto, prossimità, globalità, personalizzazione e continuità ai servizi alla persona, tutti elementi costitutivi della qualità dei servizi di assistenza primaria.

Il Direttore di Distretto ricopre funzioni di governo analoghe a quelle della Direzione Generale applicate ai confini amministrativi del distretto stesso e con riferimento ai servizi da garantire, direttamente o indirettamente, alla popolazione di riferimento. La Direzione del Distretto elabora le soluzioni locali compatibili con il quadro generale programmatico e gestionale definito a livello aziendale coerentemente agli indirizzi programmatici regionali, riportando il quadro programmatico generale alla situazione specifica in relazione ai bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, alle modificazioni nell'erogazione dei servizi, al rispetto delle risorse assegnate.

Perché il distretto assuma compiutamente il ruolo di articolazione divisionale dell'azienda e il suo direttore ricopra effettive funzioni di governo locale dei servizi **vanno ridefiniti il ruolo e le relazioni sia nei confronti dei dipartimenti sanitari** (quelli territoriali come il D. di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, quelli "transmurali" come il D. delle Cure Primarie e il D. Salute Donna, Infanzia, Adolescenza), **sia nei confronti delle direzioni mediche dei presidi ospedalieri per le parti relative alle discipline di base a larga diffusione**. Poiché l'assetto dei dipartimenti sanitari prevede, nella maggioranza dei casi, dipartimenti di ambito provinciale è anche necessario prevedere una stratificazione di responsabilità tra le direzioni distrettuali che insistono sulla stessa Provincia, riconoscendo **alla direzione del distretto del capoluogo provinciale (distretto con maggiore popolazione residente) una funzione di coordinamento delle altre direzioni distrettuali e la direzione dei dipartimenti sanitari territoriali e transmurali**.

La missione del dipartimento delle cure primarie (DPC) va riorientata alla produzione delle prestazioni e dei servizi propri delle unità organizzative (strutture complesse e nuclei delle cure primarie) che lo compongono e al loro governo clinico, liberandola delle funzioni di amministrazione, di logistica e di supporto da attribuire al governo della direzione del distretto e alla gestione delle "piattaforme".

**Il DPC e gli altri dipartimenti transmurali** (Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Salute Donna, Infanzia, Adolescenza) **sono posti in line rispetto al Direttore di Distretto coordinatore dei distretti della Provincia** per quanto attiene i servizi e le prestazioni da garantire ai distretti per il perseguimento degli obiettivi (di salute, di prestazioni ed economici) previsti dai diversi livelli di programmazione (distrettuale, aziendale e Regionale). **Gli stessi dipartimenti transmurali, al pari di tutti gli altri, rimangono in line con il Direttore Sanitario per quanto attiene gli standard, qualitativi e quantitativi, da garantire in condizioni di uniformità sul territorio aziendale nella produzione dei servizi e delle prestazioni**.

**il Direttore di Distretto esercita funzioni di committenza (quali-quantitativa) nei confronti dei presidi ospedalieri per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per le prestazioni chirurgiche a bassa o media complessità** caratterizzate da lunghi tempi di attesa e prodotte dalle discipline di base a larga diffusione.

Le prestazioni e i servizi delle funzioni tecniche, professionali ed amministrative sono garantite al distretto dalle cosiddette "piattaforme" aziendali e dalla unità operativa "gestione rapporti con i servizi socio-sanitari" in line con il Direttore Amministrativo dell'Azienda. Il distretto opera in qualità di committente nei confronti delle direzioni delle diverse piattaforme. Queste ultime assicurano la gestione operativa delle risorse allocate presso ciascun Distretto e garantiscono il perseguimento degli standard e degli obiettivi negoziati.

## **Assistenza Ospedaliera**

**Da un' "eccellenza" di disciplina o di struttura a un' "eccellenza" di rete.**

L'ospedale è il "nodo" della rete dei servizi sanitari deputato al trattamento di quei problemi di salute o stati di malattia che per modalità di insorgenza o complessità richiedono una risposta assistenziale caratterizzata da sistema tecnico (insieme di conoscenze, di competenze e di tecnologie) e da un service mix che non possono essere assicurati con altrettanta "qualità" in setting alternativi di tipo territoriale.

Stante le caratteristiche della popolazione da servire, le sue dinamiche stagionali e la sua distribuzione, l'assetto organizzativo dell'assistenza ospedaliera della Romagna deve saper rispondere a due logiche complementari:

1. la prossimità per le discipline di base a larga diffusione e per il pronto soccorso, per garantire una adeguata accessibilità temporale e la massima continuità ed integrazione con i servizi di prossimità.
2. la concentrazione per le discipline specialistiche deputate a trattare casistiche relativamente rare, complesse e/o necessitanti di tecnologie sofisticate e per le quali esistono forti evidenze sulla correlazione esistente tra volumi di casi trattati ed esiti di salute dei trattamenti.

Queste logiche rendono ragione della necessità per l'assistenza ospedaliera di una duplice integrazione: verticale ed orizzontale.

Le caratteristiche storicamente consolidate nell'assetto dell'assistenza ospedaliera della Romagna assicurano una dotazione e una distribuzione di stabilimenti/presidi ospedalieri particolarmente funzionale alla realizzazione di una rete di servizi efficacemente integrata e orientata dall'appropriatezza del setting assistenziale in funzione dei bisogni di assistenza da soddisfare.

**L'assistenza ospedaliera della Romagna** è articolata su sette presidi ospedalieri pubblici, uno per ogni ambito distrettuale ad eccezione che per il distretto Rubicone. In tutti i presidi è assicurata la presenza delle unità operative delle discipline di base e a larga diffusione (pronto soccorso accettazione e medicina d'urgenza, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia, terapia intensiva) nonché dei servizi sanitari intermedi di diagnostica per immagini e di patologia clinica.

Tali presidi sono il principale punto di riferimento della popolazione del distretto (**alto indice di dipendenza della popolazione** dal presidio che insiste nel distretto). Infatti, soddisfano la stragrande maggioranza della domanda ospedaliera nelle funzioni sopra elencate. Circa il 93% della domanda di ricovero è soddisfatto in azienda e il 75% di questa trova risposta in presidi pubblici o privati del distretto di residenza e il 25% circa in uno degli altri distretti limitrofi. Di converso, tutti i presidi, ad eccezione di quelli di Cesena e di Riccione dipendono in modo preponderante (oltre il 70%) dalla domanda residente nel proprio distretto di appartenenza (**alto indice di dipendenza della struttura dalla popolazione distrettuale**). In altri termini, **tutti presidi ospedalieri dell'Azienda condividono una prevalente vocazione distrettuale**.

Alcuni di questi ospedali (P.O. di Lugo, Faenza e Riccione), che limitano il service mix alle funzioni di base a larga diffusione si configurano esclusivamente come **presidio ospedaliero distrettuale**. Altri, ubicati nelle città capoluogo di provincia (P.O di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna), integrano il loro service mix di base con l'insieme delle altre discipline specialistiche e sono in grado di garantire chirurgia multiorgano, attività specialistica ed interventistica di secondo e di terzo livello. Tali presidi assumono, pertanto, la caratteristica di **presidio ospedaliero polispecialistico e sono di normale riferimento**, per tutte le attività specialistiche

che non sono altrimenti regolamentate (percorsi di urgenza-emergenza, chirurgia assoggettata a soglie minime di attività), degli altri presidi e stabilimenti ospedalieri a valenza esclusivamente distrettuale che insistono nel medesimo ambito provinciale.

Pertanto, l'assistenza ospedaliera della Romagna si configura **integrata verticalmente** con le cure e l'assistenza primaria, nella sua componente specialistica a larga diffusione o distrettuale, e **integrata orizzontalmente** tra presidi ospedalieri nella sua componente specialistica a bassa diffusione o di secondo/terzo livello. L'integrazione orizzontale viene anche sostenuta dalla struttura dei dipartimenti ospedalieri, prevalentemente articolati per ambito provinciale, che consente di sfruttare pienamente il potenziale produttivo di tutte le piattaforme tecnologiche ed assistenziali di cui è dotata l'assistenza ospedaliera dell'azienda (in particolare i comparti operatori, le piattaforme endoscopiche, le diagnostiche radiologiche pesanti, le degenze di terapia intensiva), con particolare riferimento a quelle situate nei presidi ospedalieri e stabilimenti distrettuali. Ulteriore rafforzamento dell'integrazione orizzontale, non solo per l'assistenza ospedaliera, è data dai dipartimenti clinici sovra-provinciali (aziendali) per tutte quelle funzioni o ambiti di attività caratterizzati da alta standardizzazione delle procedure produttive (es. laboratorio analisi), da un service mix completato da sedi erogative collocate nei diversi ambiti provinciali (ad es. dipartimenti Oncoematologico, Neuroscienze), da un processo produttivo ad alta componente di inclusività organizzativa (ad esempio diagnostica per immagini) e dai programmi. L'integrazione orizzontale consente anche di "specializzare" gli ospedali distrettuali per alcune linee di attività (**focused factory**) la cui complessità non richiede un service mix polispecialistico e che sono gravate da importanti liste di attesa difficilmente superabili all'interno dei presidi polispecialistici (chirurgia di parete, colecistectomia, proctologia, legature e stripping vascolare, interventi in day surgery). L'organizzazione interna degli ospedali distrettuali sarà configurata per "intensità di cura" (Intensive Care Unit, Sub Intensive Care Unit, Acute Care Unit) in modo da superare l'assetto tradizionale di letti dedicati (cosiddetto "proprietario") alla singola disciplina, consentendo in tal modo sia un loro pieno e diffuso utilizzo sia, soprattutto, la possibilità di accogliere équipes specialistiche afferenti a unità operative del presidio ospedaliero di riferimento per trattare pazienti in ambito distrettuale tutte le volte in cui il loro problema assistenziale sia di gravità e complessità trattabile con il service mix in dotazione al presidio distrettuale.

Per le prestazioni chirurgiche relative a patologie relativamente poco frequenti, di elevata complessità, assoggettate a vincoli normativi di volumi produttivi e richiedenti un service mix capace di sostenere chirurgia multiorgano, si rimanda al documento "*Chirurgie 2.0*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in data 11.02.2022.

Per l'area dell'onco-ematologia si rimanda al "*Comprehensive Cancer Care (& Research) Network della Romagna*" (CCCN) e al documento "*Rete Oncologica e Onco-ematologica Romagnola Assistenza e Ricerca*" rispettivamente approvati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in data 21.12.2020 e 9.06.2022.

Infine, ma non da ultimo, per il riordino e il riassetto del sistema 118 si rimanda al documento "*Progetto di Sviluppo Sistema di Soccorso Preospedaliero Romagna*" presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Romagna in data 19.12.2022.

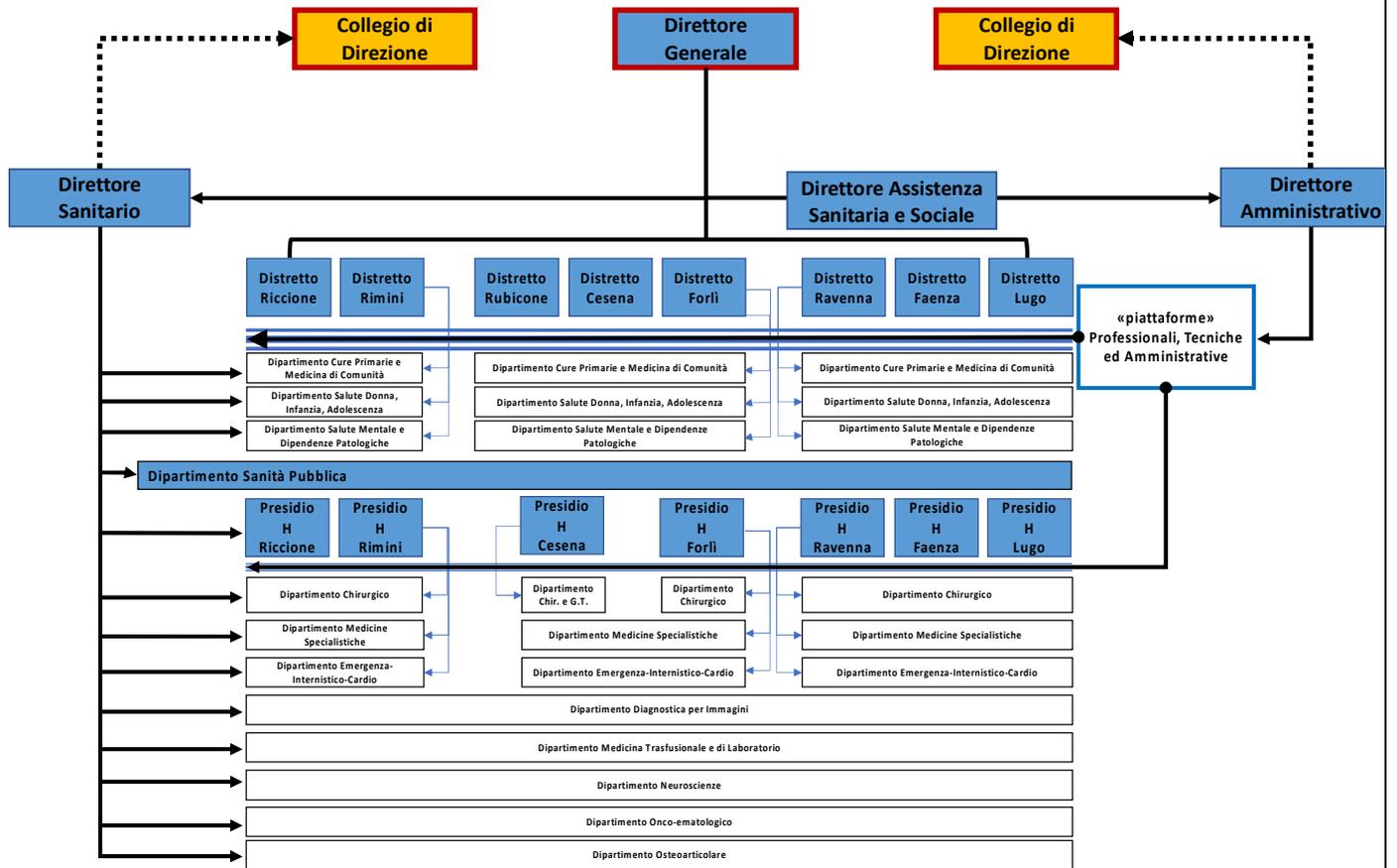
Le tabelle seguenti riportano, rispettivamente, le strutture organizzative (semplici o complesse) assicurate negli stabilimenti ospedalieri e nei servizi territoriali dei distretti.

Unità Operativa	Presidio Forlì		Presidio Cesena			Presidio Rimini			Presidio	Presidio	Presidio	Presidio Riccione	
	FORLÌ	S.SOZIA	CESENA	CESENATICO	S.PIERO IN BAGNO	RIMINI	SANTARCANG ELO	NOVAFELTRIA	RAVENNA	FAENZA	LUGO	RICCIONE	CATTOUCA
ANATOMIA PATOLOGICA	UOC		UOC			UOC			UOC				
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	UOC		UOC			UOC			UOC	UOC	UOC	UOC	
CARDIOLOGIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOC	UOC	UOC	
CENTRALE OPERATIVA 118 ED EMERG. TERRIT.													
CHIRURGIA ENDOCRINA FORLÌ	UOC												
CHIRURGIA GENERALE	UOC		UOC			UOC			2 UOC	UOC	UOC	UOC	
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE			UOC										
CHIRURGIA PEDIATRICA						UOC							
CHIRURGIA SENOLOGICA	UOC						UOC		UOS				
CHIRURGIA TORACICA	UOC								UOS			UOS	
CHIRURGIA VASCOLARE			UOC			UOC			UOC				
CURE PALLIATIVE	UOC		UOS			UOS			UOS				
DERMATOLOGIA/	UOS		UOC			UOC			UOC				
CENTRO GRANDI USTIONATI													
EMATOLOGIA						UOC			UOC				
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	UOC												
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	UOC		UOS			UOC			UOC	UOS		UOS	
GENETICA MEDICA			UOC										
GERIATRIA	UOC		UOC			UOC			UOC				
IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	UOS		UOC			UOC			UOC	UOS			
MALATTIE INFETTIVE	UOC		UOS			UOC			UOC	UOS			
MEDICINA INTERNA	UOC	UOS	UOC	UOS	UOC	2 UOC	UOC	UOC	2 UOC	UOC	UOC	UOC	UOC
MEDICINA NUCLEARE	UOS		UOC										
MEDICINA RIABILITATIVA	UOC		UOC	UOS		UOC			UOC	UOS			
MICROBIOLOGIA			UOC										
NEFROLOGIA E DIALISI	UOC		UOS			UOC			UOC			UOS	
NEUROCHIRURGIA			UOC										
NEUROLOGIA	UOS		UOC			UOC			UOC	UOS			
NEURORADIOLOGIA			UOC			UOS			UOC				
OCULISTICA	UOC		UOC			UOS			UOC	UOC	UOS	UOC	
ONCOLOGIA						UOC			UOC	UOS	UOS		UOS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOC	UOC	UOC	UOC
OSTETRICA E GINECOLOGIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOS	UOS		
OTORINOLARINGOIATRIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOS	UOS		
PATOLOGIA CLINICA	UOS					UOS			UOS				
PEDIATRIA	UOC		UOC			UOC			UOC				
PNEUMOLOGIA	UOC									UOC		UOC	
PREVENZIONE ONCOLOGICA	UOC		UOS			UOC			UOC	UOS			
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	UOC		UOC	UOS		UOC	UOS	UOS	UOC	UOC	UOC	UOC	UOS
RADIOLOGIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOC	UOC	UOC	
RADIOTERAPIA						UOC							
SERVIZIO DI DIABETOLOGIA									UOC				
TERAPIA ANTALGICA													
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE						UOC							
UROLOGIA	UOC		UOC			UOC			UOC	UOS	UOS		

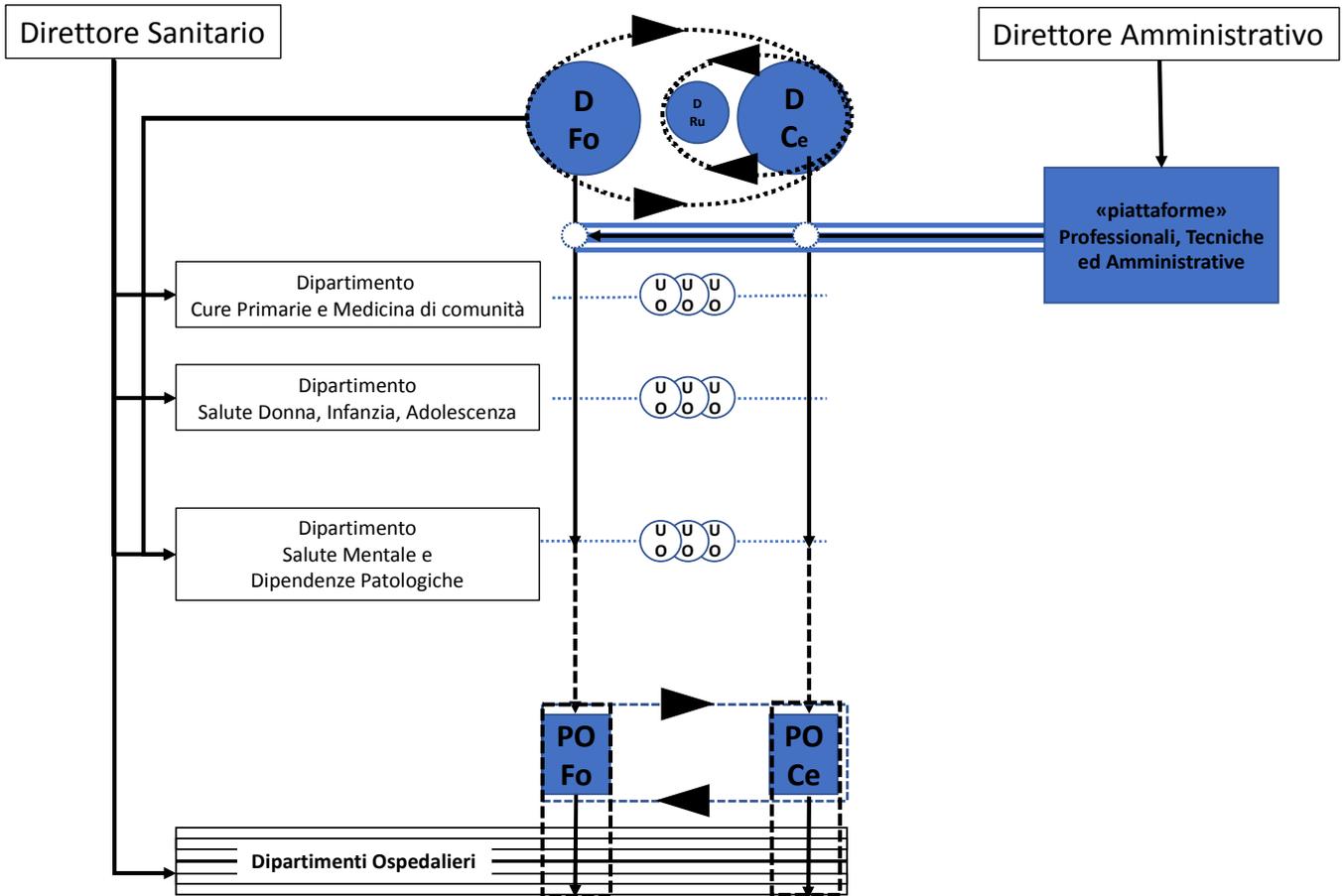
Nota: UOC = Unità Operativa Complessa; UOS = Unità Operativa Semplice

Unità Operativa	Distretto Forlì	Distretto v.Savio	Distretto Rubicone	Distretto Rimini	Distretto Riccione	Distretto Ravenna	Distretto Faenza	Distretto Lugo
PEDIATRIA DI COMUNITÀ						UOC		
CONSULTORI FAMILIARI E PEDIATRIA DI COMUNITÀ	UOC	UOC		UOC		UOC		
CURE PRIMARIE	UOC	UOS		UOC		UOC	UOS	
CENTRO SALUTE MENTALE	UOC	UOS		UOC	UOS	UOC	UOS	UOS
DIPENDENZE PATOLOGICHE	UOS	UOC		UOC		UOC	UOS	UOS
NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA		UOC		UOC		UOC		UOS
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	UOC	UOC		UOC		UOC		
EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE		UOC						
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	UOC	UOS		UOC		UOC	UOS	
IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	UOC			UOC		UOC		
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	UOS	UOC		UOC		UOC	UOS	
SANITÀ ANIMALE E IGIENE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	UOC	UOS		UOC		UOC		
PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	UOC			UOC		UOC		
SICUREZZA IMPIANTISTICA E ANTINFORTUNISTICA		UOC						

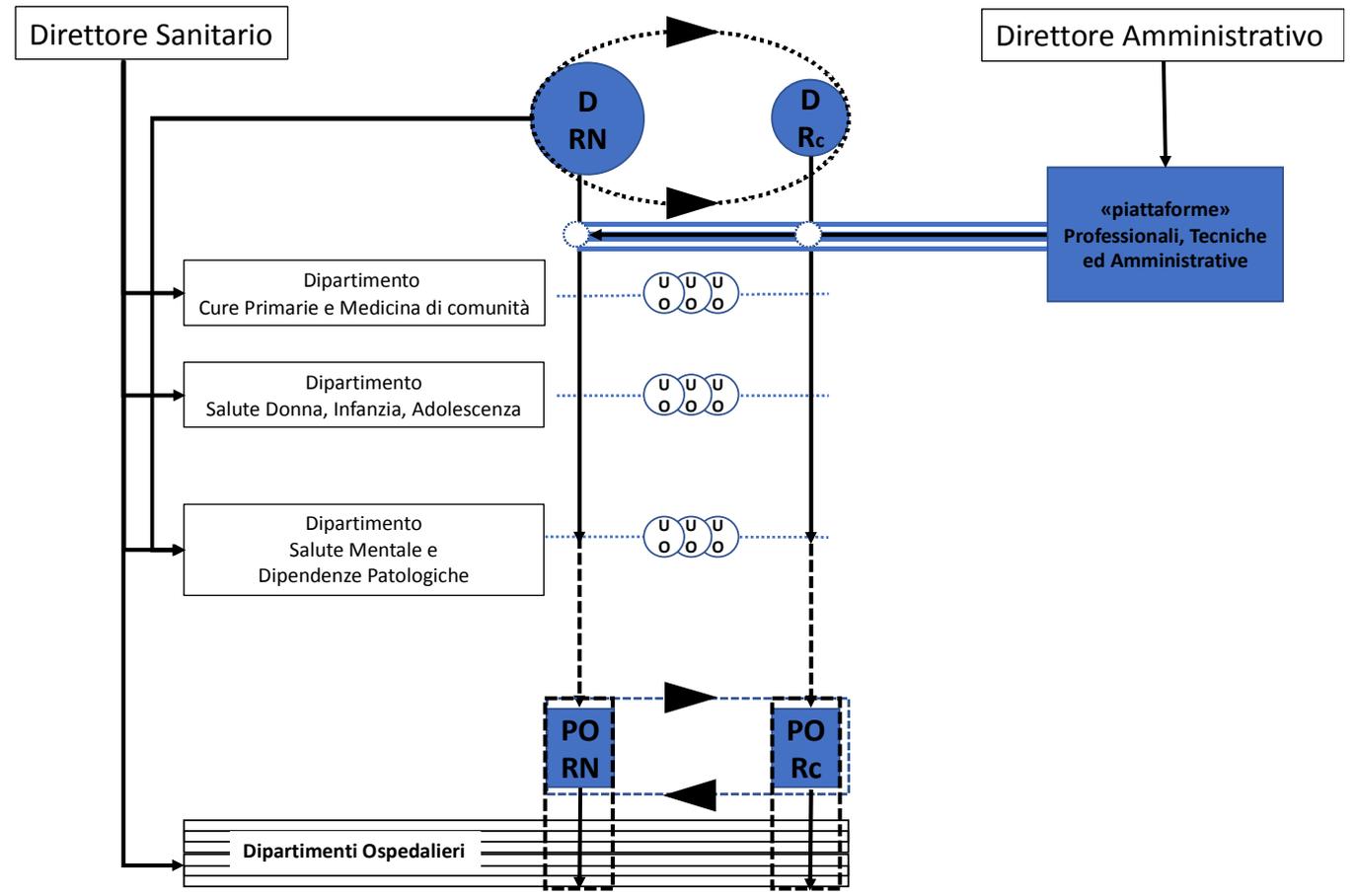
# Schema assetto aziendale



**Schema ambito provinciale Forlì-Cesena**



Schema assetto ambito provinciale di Rimini



Schema assetto ambito provinciale di Ravenna

