

Relazione sulla Performance 2021 - Allegato 1

Rendicontazione degli obiettivi della Programmazione Annuale Regionale (definiti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1770/2021)

La Programmazione per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021 trova declinazione nella Delibera di Giunta Regionale n. 1770 del 02.11.2021, con la quale l'Assessorato alle Politiche per la Salute ha formalizzato le linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno di riferimento.

La rendicontazione degli obiettivi indicati a livello regionale nell'Allegato B della già citata DGR 1770/2021, avente oggetto "Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2021", è stata curata sulla base di periodiche valutazioni dell'andamento delle attività e della misurazione a consuntivo degli indicatori preposti da parte dai deputati servizi aziendali.

Si precisa inoltre che la numerazione dei seguenti capitoli rispecchia esattamente la numerazione degli obiettivi indicata nell'Allegato B della DGR 1770/2021.

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

1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018

Al fine di perseguire l'obiettivo 2021 di progettazione e configurazione della governance locale dei vari Programmi che costituiscono il PRP, l'Azienda ha lavorato alla predisposizione del documento descrittivo dell'organizzazione da adottare per l'implementazione del PRP nel periodo 2022-2025 che descrive, oltre all'organizzazione, le responsabilità, i dispositivi, le modalità di monitoraggio e di valutazione delle attività.

Indicatori e target:

Presentazione di un documento descrittivo dell'organizzazione che si intende adottare a livello di Azienda Usi per l'implementazione del PRP nel periodo 2022- 2025

L'obiettivo è stato raggiunto con l'emissione del documento di Governance Locale agli atti con prot. n. 2022/0012052/P del 18 gennaio 2022.

1.2. Sanità Pubblica

1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi

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

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

Indicatori e target:

Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2021) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; target >= 95% al marzo 2022

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

- 31 ottobre per i decessi avvenuti nel primo semestre;

- 31 marzo dell'anno successivo per il restante periodo.

Al 31 marzo 2021 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio relativo all'anno 2020.

Al 31 ottobre 2021 è stato completato l'aggiornamento dell'archivio con i dati relativi al primo semestre 2021.

Realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate; target $\geq 95\%$ al febbraio 2022

In relazione alle interviste PASSI e PASSI d'Argento, in considerazione dell'impegno richiesto dalla gestione della pandemia COVID19, la Regione ha affidato il compito ad una ditta in service. Al momento non sono disponibili ritorni informativi.

NSG-P14C-Indicatore composito sugli stili di vita: Proporzioni di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari; target soglia 60

Uno stile di vita sedentario, ancor più se associato a comportamenti impropri quali eccessivo consumo di alcolici e fumo, rappresenta un fattore di rischio importante per malattie croniche come diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione e quindi un importante costo sociale e sanitario per il Paese.

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale InsidER relativo all'indicatore composito sui comportamenti e gli stili di vita non salutari.

Comunque, dall'ultima rilevazione PASSI, che fa riferimento alle interviste effettuate nel triennio 2018-2020, la Romagna presenta la percentuale più bassa in Regione di coloro che si dichiarano sedentari (21% vs 24,1% media regionale), mentre si attestano sopra al valore regionale il dato su sovrappeso o obesità (43,7% vs 41,3% media regionale), sui bevitori a rischio (24,5% vs 23,2% media regionale) e sui fumatori (29,5% vs 27,1% media regionale).

1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

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

In particolare:

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

Indicatori e target:

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

Al 31 dicembre sono stati notificati 63 casi (Dengue, Zika, Chikungunya), tutti regolarmente testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM e tutti inseriti nel sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive). Inoltre è stata revisionata la procedura dipartimentale per la GESTIONE DEGLI EPISODI DI MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI (PD03 - Rev1 del 28 dicembre 2021).

Flussi informativi Covid e contact tracing

L'Azienda ha assicurato la sorveglianza e il controllo della infezione da Covid attraverso l'esecuzione di 110.000 interviste epidemiologiche e l'adozione dei relativi provvedimenti. I casi positivi sono stati regolarmente inseriti nel sistema SMI nei tempi richiesti.

Indicatori e target:

Garantire la completezza e tempestività dei flussi informativi COVID. Target: mediana dei giorni trascorsi fra data di diagnosi e data di notifica alla Regione (indicatore a 5 giorni)

La valutazione annuale della mediana dei giorni trascorsi fra data di diagnosi e data di notifica alla Regione rientra nell'indicatore dei 5 giorni previsti.

Garantire adeguate risorse per contact tracing, isolamento e quarantena; target: 1 operatore ogni 10.000 abitanti

L'azienda ha realizzato un importante sforzo organizzativo e di coordinamento per dedicare a questa attività di prioritaria importanza tutte le risorse necessarie al fine di effettuare con tempestività le varie operazioni di tracciamento e notifica dei casi. Tutto questo ha consentito di limitare a brevi periodi situazioni di sovraccarico e di rallentamento delle procedure. Non è disponibile un dato ufficiale, tuttavia dai riscontri interni risulta raggiunto, nei periodi di massimo contagio, il target di 112 operatori che l'Azienda avrebbe dovuto attivare sull'attività di contact tracing, avendo una popolazione di circa 1.125.000 residenti.

Percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili

Indicatori e target:

Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST)

È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da referenti di malattie infettive, ginecologia, microbiologia, dermatologia e igiene pubblica che è giunto alla definizione di uno specifico protocollo.

1.2.3. Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio legge 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)

Implementazione vaccinazioni dei minori

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

Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, anche nel 2021 è stata regolarmente attuata la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target. Sospensioni e ritardi riscontrati in concomitanza con l'evoluzione della pandemia (che hanno riguardato prevalentemente le fasce dei richiami) sono stati adeguatamente monitorati e riprogrammati recuperando il gap nel più breve tempo possibile.

Indicatore e target:

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

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

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale InsidER.

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

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

Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazzi della coorte di nascita 2009: obiettivo >60%

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale InsidER.

Nel 2020 la coorte dei ragazzi nati nel 2008 ha visto una percentuale di vaccinati pari al 54,9% (la coorte dell'anno precedente si era attestata al 37,8%), con andamenti tuttavia disomogenei e quindi richiedenti azioni correttive in alcuni distretti (in particolare Riccione, Rimini e Forlì che presentano percentuali di copertura inferiori al 50%).

Implementazione vaccinazioni degli adulti

Relativamente alle vaccinazioni degli adulti l'attività 2021 si è prevalentemente concentrata sulla campagna vaccinale anti COVID-19 ed è stato predisposto un piano di recupero delle vaccinazioni anti Zoster (da attuarsi nei primi 4 mesi del 2022) e dell'HPV delle ragazze al compimento dei 25 anni (da realizzarsi nel secondo semestre del 2022). È stata assicurata l'offerta attiva gratuita HPV alle donne che hanno subito interventi di conizzazione.

Indicatore e target:

Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni: obiettivo >= 55%.

I dati sull'adesione alla vaccinazione antipneumococco nei 65enni nel corso del 2021 è pari al 23% [Rendicontazione aziendale].

Creazione di un documento organizzativo aziendale, o interaziendale se presenti Aziende OU e IRCCS, atto al recepimento della DGR n. 203/2021 "Programmazione regionale per l'attuazione del piano nazionale per la vaccinazione antiSARS-CoV-2/COVID-19"

È stata redatta una procedura aziendale, corredata con le relative istruzioni operative atte ad esplicitare l'organizzazione e l'attività nelle diverse situazioni operative (vaccinazioni negli HUB, nel camper, a domicilio e presso le CRA).

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

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

Rispetto agli adulti, i servizi di Igiene Pubblica hanno predisposto il piano di recupero per le vaccinazioni contro l'Herpes Zoster da attuare entro i primi 4 mesi del 2022.

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

Dato in monitoraggio.

1.2.4. Programmi di screening oncologici

L'anno 2021 ha visto la conclusione dei progetti di recupero del ritardo accumulato in seguito alla sospensione causata dal lockdown Covid-19 della primavera 2020, con tutti gli ambiti territoriali che, entro l'estate, sono tornati in pari con i round di chiamata in tutti i tre percorsi di screening.

L'Azienda, nella prima parte dell'anno, ha infatti consolidato gli importanti sforzi organizzativi introdotti nel 2020, sulla base delle risorse disponibili (umane, tecnologiche, strutturali) per programmare ove possibile un incremento di sedute di screening. Parallelamente, le riorganizzazioni logistiche ed organizzative intraprese dai vari servizi hanno consentito di riportare nuovamente le tempistiche di esecuzione degli esami di primo e secondo livello entro parametri meno penalizzanti per l'efficienza delle sedute, salvaguardando al tempo stesso il necessario distanziamento interpersonale dell'utenza e il rispetto delle normative di prevenzione del contagio.

In relazione agli screening oncologici, è stata assicurata la corretta progressione degli inviti nella popolazione per tutti i tre programmi in ogni ambito territoriale dell'Ausl della Romagna, con una generalizzata e ottimale estensione degli inviti. Relativamente all'adesione, invece, se per lo screening mammografico tutti gli ambiti sono stabilmente sopra allo standard desiderabile, la situazione è più eterogenea negli altri percorsi. Per lo screening cervicale la valutazione è comunque positiva in quanto gli ambiti di Ravenna e Cesena si collocano ampiamente sopra lo standard desiderabile mentre Rimini e Forlì, pur non raggiungendo formalmente il valore soglia della desiderabilità, si situano poco al di sotto ma, comunque, ampiamente sopra il limite di accettabilità. Più critica la situazione dello screening del colon in cui il solo ambito di Ravenna si posiziona sopra lo standard di accettabilità relativamente all'adesione della popolazione al programma, confermando l'urgenza di un rilancio della campagna di sensibilizzazione su questo percorso.

Screening cervicale		Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening cervicale	95-100%	98,7%	99,9%	98,5%	99,8%	99,2%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: $\geq 50\%$ Des.bile: $\geq 60\%$	65,8%	69,5%	57,5%	59,9%	63,6%
Garantire la refertazione dei pap test negativi entro i 28 gg	$\geq 85\%$	100%	100%	100%	99%	-
Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con pap –test positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali	$\geq 90\%$	93%	75%	78%	100%	-
Target: Tempo dal pap test positivo alla						

<i>colposcopia >=90% entro 60 giorni</i>						
---	--	--	--	--	--	--

Sullo screening cervicale, relativamente alla refertazione degli esami di primo livello, non si riscontrano criticità. Solo momentanee problematiche hanno reso a tratti difficoltoso il rispetto delle tempistiche dei secondi livelli negli ambiti di Rimini e Ravenna, tuttavia generalmente nella norma.

Screening mammografico			Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard						
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening mammografico	95-100%	45-49 anni	99,8%	100%	99,7%	98,7%	99,7%
		50-69 anni	99,4%	100%	99,8%	99,5%	99,8%
		70-74 anni	99,5%	100%	100%	99,6%	99,8%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥60% Des.bile: ≥70%	45-49 anni	73,7%	74,9%	77,9%	72,1%	75,0%
		50-69 anni	73,7%	75,1%	72,5%	76,9%	74,4%
		70-74 anni	73,0%	76,5%	71,7%	75,8%	74,3%
Garantire la refertazione delle mammografie negative entro i 21 giorni	>= 85%	45-74 anni	100%	55%	94%	90%	-

In relazione alla refertazione delle mammografie, il dato non ottimale di Ravenna è imputabile al primo semestre dell'anno, in cui l'elevato volume di esami eseguiti per ultimare il recupero del ritardo dovuto al lockdown 2020 non ha consentito il rispetto delle tempistiche, poi rientrate nella norma nel secondo semestre.

Screening colon-rettale		Cesena	Ravenna	Rimini	Forlì	Totale Romagna
Indicatori di processo	Standard					
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening colon retto	95-100%	94,6%	96,7%	95,2%	95,6%	95,7%
Copertura della popolazione da parte del programma di screening	Acc.bile: ≥50% Des.bile: ≥60%	45,8%	57,2%	44,8%	40,9%	48,8%
Garantire la presa in carico tempestiva dei casi con FOBT positivo per l'esecuzione degli esami di approfondimento, secondo gli indicatori regionali Target: Tempo dal FOBT positivo alla data della colonscopia 30 giorni	>= 90%	98%	88%	100%	99%	-

Oltre alle già segnalate criticità relative alla scarsa adesione della popolazione e alla necessità di un rilancio mediatico del programma colon-retto, non si segnalano situazioni particolarmente anomale nelle tempistiche di passaggio fra il primo e il secondo livello diagnostico.

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

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

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale InsidER.

I dati sopra riportati possono essere considerati un proxy dell'indicatore NSG dell'anno 2021.

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

Il DSP ha mantenuto il controllo delle imprese con interventi di vigilanza nella misura prevista dalla programmazione regionale, che per disposizione è stata ridotta al 6% delle attività esistenti rispetto al 9% previsto in DGR, mantenendo altresì elevato il livello di controllo sui cantieri edili ed in particolare sui cantieri di rimozione amianto, attraverso la realizzazione delle verifiche su oltre il 15% previsto dei piani di bonifica amianto presentati.

Le azioni intraprese dalle Unità Operative Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro sono state progettate e realizzate secondo due direttrici essenziali:

- Continuare a fornire un supporto importante al Dipartimento relativamente all'emergenza COVID;
- potenziare, rispetto al 2020, la prevenzione nei luoghi di lavoro, in particolare attraverso il controllo dei comparti più a rischio, cercando di avvicinarsi ai valori pre-pandemici.

Riguardo alla prima direttrice, si è partecipato attivamente sia alle attività di contact tracing e di inchiesta epidemiologica (con la partecipazione di Tecnici della Prevenzione, di Medici, di Ingegneri) sia alle attività vaccinali; il contributo complessivo di tale attività è valutabile in alcune migliaia di ore. Si è anche direttamente provveduto, verificandone la adeguatezza sanitaria e la rispondenza ai requisiti definiti da apposito gruppo regionale, all'apertura di 4 hub vaccinali per la vaccinazione dei lavoratori, coprendo tutto il territorio della Romagna.

Per quanto attiene al secondo gruppo di azioni intraprese, si è innalzato rispetto al 2020 il livello di controllo nei comparti produttivi maggiormente a rischio di infortuni sul lavoro, riuscendo a raggiungere gli obiettivi delineati dalla Regione nella delibera di programmazione annuale e dall'Azienda negli obiettivi di budget e nella Delibera di performance aziendale 2021-2023. In particolare sono stati raggiunti gli obiettivi di copertura relativi sia relativi alle complessive unità locali da controllare (raggiunto il 7% vs un 6% come obiettivo) sia sui comparti più a rischio come cantieri ispezionati, cantieri di bonifica amianto controllati, ditte del settore della logistica controllate, macchine agricole, utilizzo, produzione e rivendita dei fitosanitari, quest'ultima azione in stretta integrazione con le UU.OO. Igiene Pubblica ed Igiene degli Alimenti del Dipartimento. È proseguita la vigilanza sul rischio cancerogeno, biomeccanico e stress lavoro correlato, pur in assenza di indicatori regionali (causa la non vigenza del PRP). Allo stesso tempo è stato oggetto di attenzione il porto di Ravenna dove sono stati operati oltre 90 controlli, in linea con la programmazione stilata dall'Azienda su valori molto prossimi a quelli pre-pandemici. Allo scopo di omogenizzare l'attività sull'intero territorio aziendale, è stato redatto anche un documento sulle modalità di effettuazione della vigilanza nel settore della pesca. L'azione di vigilanza è sempre stata affiancata ad

un'azione di assistenza, sia su richiesta che di iniziativa, anche relativamente alla prevenzione dell'infezione da SARS-COV 2. E' stato regolarmente svolto il processo di supervisione dell'attività svolta prevista dal manuale della qualità ed è stata compiuta un'indagine sull'applicazione delle misure anticorruzione, il cui esito e la relativa documentazione è disponibile agli atti della UO aziendale deputata al presidio di tale tematica.. Va infine citata la rilevante azione svolta a supporto del Servizio regionale di Sanità Pubblica e Prevenzione Collettiva relativa all'elaborazione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione.

Indicatori e target:

% aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 6\%$ delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo quali quelle sul SARS-COV-2

L'obiettivo è stato raggiunto in quanto nel corso dell'anno è stato ispezionato il 7% delle unità locali esistenti.

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

Nel corso dell'anno 2021 l'Azienda ha controllato il 20% dei cantieri di rimozione dell'amianto su cui è stato definito un piano di rimozione.

Assistenza alle aziende e ai soggetti della prevenzione aziendale in materia di prevenzione e contenimento dell'epidemia da SARS-COV- 2 in particolare mediante azioni di supporto all'attività vaccinale contro il covid-19 in azienda e di contenimento dei focolai aziendali: target $\Rightarrow 90\%$ delle richieste

L'assistenza alle aziende e ai soggetti della prevenzione aziendale in materia di prevenzione e contenimento dell'epidemia da SARS-COV- 2 è stata garantita al 100% delle richieste pervenute.

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

La differenza tra il tasso di frequenza di infortunio sul lavoro del 2021 e il tasso medio del triennio precedente riporta questi valori su base provinciale:

- per la provincia di Forlì-Cesena + 1,1%;
- per la provincia di Ravenna - 10,6%;
- per la provincia di Rimini - 8,3%.

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

Nel 2021 a causa della pandemia SARS-COV2 che ha assorbito tutte le risorse normalmente destinate al controllo sulle strutture socio-sanitarie e sanitarie, le attività di controllo sono state finalizzate unicamente alla gestione del rischio di trasmissione COVID19 nelle strutture dove si sono presentati dei cluster di casi. Tutte queste strutture sono state oggetto di sorveglianza e controllo da parte del servizio igiene e sanità pubblica, in collaborazione con i servizi tutela anziani dei dipartimenti delle cure primarie.

Non vi sono stati incontri e riunioni indette dalla regione sul tema.

1.3. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Piano Regionale Integrato

Nell'ambito della sicurezza alimentare particolare attenzione viene posta al raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale Integrato, le cui azioni sono state condotte anche nel 2021 secondo la programmazione prevista.

Indicatori e target:

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

Gli indicatori del Piano Regionale Integrato sono stati costantemente monitorati con cadenza trimestrale.

Al 31 dicembre 2021, tutti i 13 indicatori sentinella hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato, pertanto l'obiettivo risulta raggiunto al 100%.

% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo 80% - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), regionali (SEER) e rendicontazioni annuali dalle AUSL

Al 31 dicembre 2021, 176 indicatori sottesi alle schede dei piani specifici su 200 hanno raggiunto lo standard previsto dal Piano Regionale Integrato, raggiungendo un risultato pari all'88%.

Anagrafe zootecnica, farmacosorveglianza e benessere in allevamento

Nel corso del 2021 sono stati condotti tutti i controlli veterinari previsti dagli obiettivi regionali in materia di anagrafe zootecnica, farmacosorveglianza, residui di trattamenti e benessere in allevamento e in fase di macellazione.

Indicatori e target:

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

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

INDICATORE NSG-P12Z - % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2)

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

INDICATORE NSG-P11Z - % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1)

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

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

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

estendendolo alla prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale e delle Strutture Private Convenzionate

Indicatori e target:

Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target $\geq 34\%$, o evidenza di un netto incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021.

Tuttavia, da una prima analisi dei dati interni non ancora consolidati, la copertura vaccinale degli operatori sanitari AUSL Romagna nella campagna antinfluenzale anno 2021/2022 è stata pari al 28,7% (valore certamente condizionato dalla parallela campagna anti Covid). Dal rilevamento sono esclusi i lavoratori non dipendenti prestanti opera in AUSL, quali specializzandi, tirocinanti, allievi delle professioni sanitarie.

Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio; target $\geq 95\%$

Fra gli oltre 3.000 operatori adibiti ai reparti ad alto rischio dell'Ausl della Romagna (Ostetricia, Dialisi, Oncoematologia, Radioterapia, Pediatria e Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Malattie Infettive, Rianimazione, Pronto Soccorso e Emergenza Urgenza) la percentuale di immuni/vaccinati si conferma superiore al 95%.

Promozione della vaccinazione contro il COVID-19: 1 incontro informativo coinvolgendo in particolare infermieri e operatori socio-sanitari oppure incontri personalizzati nel corso della sorveglianza periodica con l'obiettivo di raggiungere negli operatori addetti all'assistenza almeno un livello di immunizzazione del 95%

Le azioni promosse per favorire la vaccinazione contro il Covid-19 fra gli operatori addetti all'assistenza hanno riguardato:

- effettuazione di sorveglianza sanitaria per il rischio Sars COV-2;
- aggiornamento protocollo sanitario per il rischio biologico Sars COV-2;
- partecipazione dei Medici Competenti alle sedute vaccinali aziendali (gennaio-marzo-aprile);
- attività del Medico Competente, in collaborazione con dr. Cortellini, alla valutazione di eventuali controindicazioni alla vaccinazione;
- redazione a maggio 2021 del protocollo sanitario per rischio biologico da Sars COV-2.

Si conferma una copertura vaccinale degli operatori addetti alla assistenza superiore al 95%.

Prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori

Per quanto concerne la promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari finalizzato alla prevenzione delle aggressioni, nel corso del 2021 le attività svolte riguardano:

Aggiornamento dello stato di avanzamento delle misure di mantenimento, miglioramento e correttive individuate nelle Valutazione del rischio derivante da fenomeni di violenza da terzi a danno degli operatori che operano nell'AUSL della Romagna

I documenti di valutazione del rischio violenza da terzi, approvati con deliberazione DG nel triennio 2017-2019, contenevano le misure di miglioramento con relativo tempogramma, che coinvolgevano prioritariamente l'U.O. Manutenzione e Gestione Immobili ed Impianti. Il confronto continuo con la suddetta U.O. MGII, effettuato mediante due riunioni nel 2021, permette di concludere che gli interventi di adeguamento previsti per l'anno 2021 sono stati portati a termine in gran parte delle UU.OO. (ad eccezione degli interventi previsti nelle UU.OO. coinvolte

direttamente nell'epidemia Covid 19 e in quelle UU.OO. dove la Direzione Generale ha deciso di effettuare delle ristrutturazioni/adeguamenti strutturali).

Raccolta dei dati relativi alle aggressioni a danno degli operatori sanitari (PA 95 Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali - PA 04 Gestione degli eventi avversi e near-miss nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali)

Gli eventi aggressivi nell'AUSL della Romagna vengono "registrati" in diversi flussi informativi:

- Data base degli *infortuni lavorativi* c.d. INAIL, su cui l'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione elabora "da sempre" dei report annuali;
- Data base delle segnalazioni delle aggressioni verbali/fisiche/proprietà mediante la compilazione del "*Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori*" allegato alla Procedura Aziendale (PA 95 del 2017) "Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali" nel quale viene delineato il percorso per la gestione delle aggressioni subite dai lavoratori (segnalazione, supporto psicologico e amministrativo-legale, etc.);
- Data base *eventi sentinella*: la Procedura Aziendale n. 95 prevede che nelle aggressioni fisiche con esito significativo o severo l'evento dannoso per l'operatore venga gestito secondo i criteri degli eventi sentinella declinati nella PA04 "Gestione degli eventi avversi e near miss nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali" Rev. 01 del 15/12/2020.

Per l'anno 2021, le segnalazioni di aggressioni a danno degli operatori dell'AUSL della Romagna pervenute all'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione mediante modulo specifico della PA95 sono state 343, relative a 291 eventi di aggressioni suddivisi nelle seguenti tipologie:

- n. 29 - verbale + fisica + proprietà;
- n.49 - verbale + fisica;
- n. 17 - verbale + proprietà;
- n. 2 - fisica + proprietà;
- n. 10 - solo fisica;
- n. 183 - solo verbale;
- n. 1 - solo proprietà.

Formazione sulla gestione dell'aggressività agli operatori aziendali dell'AUSL della Romagna

La U.O. Servizio Prevenzione e Protezione ha organizzato e programmato, in collaborazione con la U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione, per l'anno 2021 il Corso avanzato dal titolo "*La gestione dell'aggressività in ambito sanitario*", di 4 ore ripetuto per 3 edizioni aperto agli operatori dei Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Emergenza Territoriale 118, Cardiologia, Malattie Infettive, Geriatria, Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale.

Supporto Psicologico Disagio Lavorativo Covid-1

Nell'anno 2021, per il prolungarsi dell'emergenza pandemica Covid 19, l'attività dell'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione si è spostata prioritariamente nella gestione della stessa, mantenendo attivo il supporto psicologico (individuale e di gruppo) agli operatori aziendali per le problematiche di disagio lavorativo/stress/Covid.

Il supporto psicologico agli operatori aziendali è declinato nel Protocollo dell'U.O. SPP (Ex SSSL) per la "**Diagnosi e il trattamento dei dipendenti AUSL affetti da disagio lavorativo**" del 30.04.2020 in cui gli psicologi collaborano con i Medici Competenti per la presa in carico di lavoratori che attraversano difficoltà e sofferenza nell'ambito lavorativo.

Nell'anno 2021 sono stati presi in carico dall'Ambulatorio per il disagio lavorativo per il **supporto psicologico individuale**: n. 117 operatori (60 Rimini, 22 Ravenna, 8 Cesena, 27 Forlì) e in totale sono stati effettuati n. 765 colloqui individuali.

Inoltre, sono stati effettuati n. 10 **Interventi di supporto psicologico ai gruppi di operatori**. L'attivazione del supporto psicologico ai gruppi di lavoratori è stato possibile negli eventi sentinella legati a suicidi di pazienti o operatori nella quale gli operatori hanno effettuato una richiesta di elaborazione dell'**evento traumatico/luttuoso** o per attivazioni legati all'elaborazione delle emozioni reattive alla **pandemia** e al suo prolungarsi nello stato di emergenza.

2. Assistenza Territoriale

2.1. Le Case della Salute, Medicina di Iniziativa e Assistenza di Prossimità

Rispetto agli obiettivi previsti per il 2021, l'Azienda ha realizzato le seguenti attività:

Ridefinizione della programmazione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità in coerenza con gli standard definiti dal PNRR 2021 in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie

Rispetto alle progettazioni già in corso, l'Azienda ha garantito negli OsCo già attivi che fossero mantenute le tecnologie attivate nel 2020, in particolare per gli OsCo di Brisighella e Cervia

Sull'ambito di Cesena, oltre ad una riorganizzazione strutturale, si è realizzato un incremento di 8 posti letto finalizzati ad accogliere pazienti provenienti da reparti ospedalieri, previa valutazione da parte del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NUCOT).

Nell'area riminese, sinora scoperta rispetto a questa tipologia di struttura, sono stati attivati 12 posti letto di cure intermedie all'interno dell'Ospedale "Franchini" di Santarcangelo a gestione infermieristica e modello assistenziale collaborativo con MMG e medici internisti ospedalieri. La modalità di accesso è a gestione del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot).

Infine, ad aprile 2022 si è giunti all'apertura della nuova Casa della Salute del mare a Marina di Ravenna.

In prospettiva di breve e medio periodo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella Missione 6 dedicata alla Salute prevede, fra gli altri interventi, elevati investimenti per lo sviluppo delle reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria; il documento di Riforma "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN*", insieme ai più recenti accordi nazionali e regionali, rappresentano il riferimento per l'identificazione delle principali traiettorie di sviluppo delle cure territoriali e per la ridefinizione dei livelli di governo ed erogazione dei principali interventi finalizzati a rafforzare la presa in carico delle persone in condizione di fragilità/vulnerabilità sociale e/o sanitaria.

L'Ausl Romagna, alla luce delle suddette indicazioni, ha programmato l'attivazione/potenziamento di:

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

Saranno considerati prioritari gli interventi concernenti le Case della Comunità capoluogo della Romagna, fatta eccezione per il Comune di Cesena nella prospettiva di una progettazione successiva alla parziale dismissione dell'attuale ospedale.

Proseguo dell'implementazione della presa in carico integrata dei pazienti cronici a rischio alto e molto alto con il programma Risk-ER per il tramite dell'equipe multidisciplinari delle Case della Salute, anche attraverso strumenti di telemedicina per mantenere attivi servizi e attività a loro dedicati, modificandone le procedure al fine di ottenere anche a distanza la più ampia accessibilità e fruibilità di tali attività

L'ambulatorio della cronicità rappresenta il luogo e la modalità operativa in cui si realizzano la presa in carico delle patologie croniche, secondo il paradigma della medicina di iniziativa e la continuità dell'assistenza. Il lavoro sinergico all'interno di una équipe multidisciplinare e la valorizzazione delle

competenze infermieristiche consentono la realizzazione di Programmi Terapeutici individualizzati integrati rispondenti ai bisogni di cura dei pazienti portatori di patologie croniche.

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

Nell'ambito della medicina penitenziaria di Forlì si è attivata la gestione integrata dei pazienti con Diabete gestita in collaborazione con lo specialista di riferimento (Endocrinologo) che accede in struttura per le consulenze necessarie e l'aggiornamento dei piani terapeutici.

Per quanto concerne l'obiettivo di promuovere l'utilizzo dello strumento Risk- ER, a supporto dell'identificazione pro-attiva dei pazienti a maggior rischio di fragilità, nelle diverse Case di Comunità dell'AUSL Romagna si è continuata la valutazione congiunta del MMG, dell'infermiere e del Sociale dei pazienti a medio/alto/rischio già identificati dall'ultimo aggiornamento regionale.

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici, insieme allo sviluppo degli ambulatori della cronicità realizzati nel rispetto delle indicazioni regionali e dei relativi PDTA aziendali, sono stati implementati ulteriori interventi volti a potenziare i servizi di telemedicina al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei percorsi da parte dei pazienti più disagiati.

Nello specifico:

- sugli ambiti di Forlì-Cesena e Ravenna, nei mesi di gennaio e febbraio 2021, gli operatori delle equipe delle Case della Salute selezionate (CdS Rubicone, CdS Predappio, CdS Rocca San Casciano, CdS Modigliana, CdS Forlimpopoli, CdS Castel Bolognese, CdS Brisighella) hanno completato il Corso FAD regionale sulla piattaforma di Telemedicina;
- presso le Case della Salute di Predappio, Rocca San Casciano, Modigliana, Castel Bolognese e Brisighella è stato avviato sperimentalmente il reclutamento e la presa in carico dei pazienti anche con il supporto degli strumenti di telemedicina, fissando il termine della sperimentazione e della valutazione dei risultati per giugno 2022;
- infine, a novembre 2021 è stata proposta alla Regione Emilia-Romagna l'estensione del Progetto Telemedicina ad una ulteriore struttura, la Casa della salute di Forlimpopoli, che è stata quindi inclusa nella sperimentazione.

In totale sono stati presi in carico 35 utenti.

Garantire corretta informazione sulle attività nelle Case della Salute sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta

Per garantire la corretta informazione sui servizi e le attività delle Case della Salute, l'azienda ha provveduto ad aggiornare semestralmente il sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Salute.

Analisi fattibilità di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Salute in aree disagiate. Il paziente oncologico necessita spesso di cure ripetute nel tempo, per questo la distanza dal centro di cura può rappresentare un notevole problema

Nel corso dell'anno è stato attivato un gruppo di lavoro in collaborazione fra IRST e AUSL della Romagna per strutturare un percorso di presa in carico di pazienti oncologici all'interno della Casa della Salute di Forlimpopoli, denominato progetto *SMART (Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in sanità)*. Il progetto, nelle sue fasi iniziali, ha previsto un'analisi condivisa IRST/AUSL dei pazienti oncologici

per l'individuazione del miglior setting di cura, la costruzione della microrete per la presa in carico integrata e la progettazione dell'erogazione dentro la Casa della Salute, con il supporto di un farmacista counsellor, dei farmaci oncologici per via orale.

Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare

Richiamando i contenuti del documento denominato "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia / Comunità", ufficializzato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nel settembre 2020, in ottemperanza dei contenuti del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77 del 17.07.2020, a livello Aziendale si è proceduto all'elaborazione del progetto dell'Infermiere di Famiglia con la definizione della relativa Job description. E' stato pianificato un Corso di Perfezionamento in partnership con Fondazione UNIBO che verrà avviato a maggio 2022.

A tal fine, l'Azienda nel corso del 2021 ha elaborato e dato avvio a progetti pilota incentrati su funzioni e responsabilità dell'infermiere di famiglia e di comunità volti a fornire ai cittadini gli strumenti assistenziali utili per sostenere il peso di una malattia o di una disabilità cronica prevalentemente all'interno dell'ambiente familiare e quindi supportare e sostenere il potenziamento delle autonomie dei pazienti e dei loro familiari e caregivers. In particolare:

- nel distretto di Lugo è stato elaborato un progetto sperimentale dell'Infermiere di Famiglia presso la Casa della Salute di Voltata, con la presentazione alle principali istituzioni locali;
- nell'ambito riminese è stata progettata l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in Alta Valmarecchia, all'interno della SNAI (Strategia Nazionale per le Aree Interne) in collaborazione con il GAL (Gruppo di Azione Locale).
- entro l'anno 2022 si sperimenteranno poi ulteriori progetti, in particolari contesti di assistenza territoriale, incentrati sulla figura dell'infermiere di famiglia, anche al fine di verificare sul campo la coesione delle progettazioni realizzate a livello teorico in termini di declinazione del profilo, ambiti di competenza e responsabilità.

Coinvolgimento della medicina convenzionata (PLS, MMG, Specialisti) nella realizzazione del Piano vaccinale regionale

I medici convenzionati coinvolti nel Piano Vaccinale Regionale sono stati i MMG e i PLS, mediante un accordo locale che ha previsto il loro coinvolgimento in tre tipi diversi di attività:

- vaccinazioni negli studi medici
- disponibilità a coprire turni presso i centri vaccinali aziendali
- disponibilità a coprire turni di vaccinazioni domiciliari.

L'accordo ha interessato la totalità dei MMG e dei PLS al netto dei medici sospesi.

Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

La prevalenza di patologie cronico-degenerative quali lo scompenso cardiaco, il diabete e la BPCO è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani e del calo della mortalità. Si tratta di patologie per le quali un'eventuale acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione e per le quali sono di fondamentale

importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento. L'obiettivo è che tali patologie vengano prevalentemente gestite a livello territoriale e che per questo, pur considerato che un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei pazienti trattati, un tasso di ospedalizzazione eccessivamente elevato possa essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico del servizio.

In Romagna i tassi di ospedalizzazione standardizzati in età adulta e pediatrica, anche per l'anno 2021 confermano il trend in riduzione, come già avvenuto fra il 2019 e 2020. L'analisi dei dati è riportata nel corrispondente indicatore a seguire.

Indicatore e target:

Elaborazione di una ipotesi di programmazione CdS e OsCo sulla base degli standard indicati dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (anno 2021). Target: Documento di analisi entro 31 ottobre 2021

Il Piano di programmazione di sviluppo delle Case della Salute e degli OsCo è stato definito secondo gli standard previsti nel PNRR e presentato agli organi competenti il 17 dicembre 2021. In sintesi prevede: ulteriori 24 Case della Comunità, 11 nuove Centrali Operative Territoriali (COT), 7 OsCo come dettagliato precedentemente nella descrizione delle attività realizzate per il perseguimento dell'obiettivo.

Corso FAD regionale sulla piattaforma di telemedicina per la presa in carico dei pazienti cronici rivolto all'equipe multidisciplinari delle Case della Salute (infermieri della cronicità, dell'ADI, MMG, specialisti e assistenti sociali). Target: 50% delle CdS

Il corso FAD sulla telemedicina è stato seguito nei mesi di gennaio e febbraio dai professionisti di tutte le Case della Salute individuate per realizzare la formazione (Rubicone, Predappio, Rocca San Casciano, Modigliana, Forlimpopoli, Castel Bolognese, Brisighella)

Telemedicina: Attivazione di telemonitoraggio domiciliare nei pazienti con patologia cronica nei territori di riferimento delle Case della Salute (N° pazienti). Target: Almeno 12 pazienti persingola casa della salute coinvolta

L'attivazione del telemonitoraggio domiciliare dei pazienti con patologie croniche è stato previsto e realizzato in tutte le Case della Salute coinvolte (Predappio, Rocca San Casciano, Modigliana, Castel Bolognese e Brisighella). In totale sono stati arruolati 35 pazienti.

A fine 2021 l'Azienda ha richiesto l'estensione del Progetto anche alla Casa della salute di Forlimpopoli. Nell'ambito di Rimini, inizialmente non coinvolto nella sperimentazione, è previsto l'avvio del progetto di telemedicina nel corso del 2022 nell'area dell'Alta Valmarecchia.

Partecipazione all'aggiornamento del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Salute ed alle eventuali attività di revisione ed integrazione. Target: 100%
E' stata garantito il tempestivo aggiornamento del sistema informativo regionale.

Attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare ed interaziendale per l'elaborazione di un progetto integrato di Oncologia Territoriale nelle Case della Salute. Target: Evidenza del gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro in sinergia IRST/AUSL è stato attivato ed ha portato alla definizione del progetto SMART (descritto nella sezione precedente). La rendicontazione del lavoro svolto e dell'andamento del progetto è stata formalizzata dal gruppo di lavoro a dicembre 2021.

Identificazione dell'Infermiere di Comunità integrato all'equipe territoriale. Target: Almeno 2 infermieri di comunità per Distretto

Nel corso del 2021 si è pianificato l'avvio di 4 progetti pilota, rispetto ai quali risultano in uno stato avanzato di implementazione quelli presso le equipe di Voltana e dell'Alta Valmarecchia.

Evidenza documentale del coinvolgimento della medicina convenzionata (PLS, MMG, PLS) nella realizzazione del Piano vaccinale regionale. Target: 100%

La realizzazione del Piano vaccinale regionale ha visto il coinvolgimento di tutti i MMG e i PLS, al netto dei sospesi.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco. Target: ≤ 285 per 100.000 ab. (Fonte: Siver)

Nel 2021 è proseguito il percorso per la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche quali Diabete, BPCO e Scompenso Cardiaco presso le Case della Salute dei vari distretti. Ne discende che il tasso di ospedalizzazione per queste patologie nel 2021 si è attestato a 283,21 ricoveri ogni 100.000 residenti maggiorenni, in costante calo rispetto a 402,49 registrato nel 2019 e a 306,61 nel 2020, seppur sempre al di sopra della media regionale che nel 2021 è a 265,03.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite. Target: ≤ 81.71 per 100.000 ab. (Fonte: Siver)

Nel 2021 il tasso di ospedalizzazione in Romagna si è attestato a 67,03 ogni 100.000 abitanti minorenni (ancora al di sotto rispetto a 100,34 del 2019 ma incrementato rispetto a 54,84 del 2020) restando comunque in linea con il target atteso seppur sempre oltre la performance regionale pari a 63,77.

2.2. Cure palliative

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

All'interno di questa, in tutti e 4 gli ambiti, a garanzia del criterio di prossimità, sono presenti i due livelli domiciliari di erogazione delle cure palliative da parte dalla UCPD locale:

- assistenza domiciliare basica;
- assistenza domiciliare specialistica.

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

Indicatori e target:

% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza ≤ 7 giorni (target $\leq 25\%$)

Nel 2021 il dato aziendale si attesta al 24,97% di ricoveri provenienti da ospedale o domicilio non assistito con una degenza inferiore o uguale a 7 giorni. L'obiettivo pertanto è raggiunto e la performance ottenuta è superiore a quella complessiva regionale che è al di sopra del cut-off del 25% (nello specifico 26,62%). Fonte: Siver.

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

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

Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero di deceduti per causa di tumore (target + 5% vs 2020)

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

2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

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

Al fine di potenziare la presa in carico territoriale e garantire una sempre più efficace e tempestiva continuità di cura nel passaggio Ospedale-Territorio, nel corso del 2021 è stata ulteriormente analizzata l'esperienza del NuCot attraverso la realizzazione di un audit clinico-organizzativo che ha evidenziato aspetti critici che hanno costituito lo spunto per la definizione di un progetto di miglioramento i cui obiettivi sono stati declinati nel Budget 2022 dei dipartimenti coinvolti.

Gli obiettivi specifici individuati attraverso l'audit sono di:

- garantire l'applicazione dei concetti fondanti del percorso della dimissione difficile contestualizzandoli nei differenti territori aziendali: starting precoce, presa in carico con valutazione multidimensionale, definizione del progetto personalizzato, centralizzazione della processazione delle richieste;
- identificare i professionisti che devono essere presenti all'interno delle equipe multidisciplinari (Infermiere, Assistente Sociale, Medico Geriatra), completando gli assetti organizzativi;
- trasferire le competenze sulla valutazione e progettazione del percorso della dimissione difficile alle UUOO coinvolte da parte dell'equipe NuCOT (formazione frontale, formazione sul campo);
- monitorare i percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi individuati presso le strutture di cerniera;
- completare l'informatizzazione del percorso NuCOT;
- identificare le azioni per lo sviluppo del percorso NuCOT in funzione della costituzione delle COT.

Parimenti è stato predisposto un monitoraggio dell'applicazione della Procedura Aziendale PA210 "Modalità di accesso alle cure domiciliari".

Indicatori e target:

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

Nel corso del 2021 (Fonte: InSIDER), le prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera rispetto al totale delle prese in carico avvenute entro 30 giorni dalla dimissione stessa sono state il 48,05%, con valori complessivamente stabili rispetto all'anno precedente (47,95%) e che raggiungono lo standard regionale nei distretti di Faenza (60,73%), Lugo (54,53%) e Rimini (54,32%).

Anche il dato complessivo regionale non raggiunge l'obiettivo essendosi consolidato al 48,88%.

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

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

- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1: 4,07, con valori che a livello distrettuale vanno da 2,88 del Distretto del Rubicone a 4,86 del Distretto di Faenza. In tutti i Distretti pertanto si raggiunge l'obiettivo.
- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2: 1,96, con valori che a livello distrettuale vanno da 1,18 del Distretto di Cesena Valle Savio a 2,38 del Distretto di Faenza. Su questo livello i Distretti di Cesena Valle savio (1,18), Rubicone (1,48), Ravenna (1,63) e Lugo (1,72) non raggiungono la performance attesa.

- Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 3: 2,25, con valori che a livello distrettuale vanno da 0,94 del Distretto del Rubicone a 6,22 del Distretto di Faenza. I distretti che non raggiungono l'obiettivo sono Rubicone (0,94) e Cesena Valle Savio (1,12).

2.4. Migranti e vulnerabilità

Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e identificazione di una figura di coordinamento del gruppo stesso

In Azienda è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla programmazione dei servizi sull'area *Migranti e Vulnerabilità* che coinvolge professionisti delle cure primarie, della sanità pubblica, della salute mentale, dell'ospedale, dell'area sociale, dell'area amministrativa e dei servizi di mediazione culturale. Il coordinatore è stato individuato nella dr.ssa Antonella Mastrocola - Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Ravenna – come da comunicazione inviata al Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia-Romagna da parte del Direttore Generale dell'Ausl della Romagna in data 17.11.2021.

2.5. Percorso Nascita

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

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

Alla fine del 2021 sono iniziati i lavori di revisione della procedura stessa.

Indicatore e target:

Numero di donne in gravidanza e puerperio valutate sul disagio psichico (domande di Whooley e fattori di rischio)/totale delle donne in gravidanza e puerperio in carico ai consultori (Fonte: rendicontazione aziendale)

Tutte le donne in gravidanza in carico al consultorio vengono valutate sulle loro condizioni psico-sociali nel rispetto delle indicazioni fornite dalla PA182, con registrazione dei dati raccolti sulla cartella ostetrica.

Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP): >=54%

L'accesso ai consultori da parte delle donne residenti in gravidanza italiane e straniere è costante e nel 2021 il risultato conseguito dall'Azienda USL della Romagna è in linea con l'obiettivo regionale (56,14% - Fonte SIVER). Tuttavia, l'analisi per distretto evidenzia ambiti in cui il target non è ancora pienamente conseguito (Lugo, Faenza e Rubicone).

Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): HUB<25%; SPOKE<15%

L'Azienda è in linea con il target in tutti i punti nascita aziendali con l'eccezione dello Spoke di Faenza che nel 2021 riporta una percentuale di cesarei del 15,21%, comunque prossimo al target.

Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP): HUB<=7%; SPOKE<=9%

I punti nascita di Cesena, Rimini, Forlì rientrano nell'obiettivo, mentre viene mantenuto un costante monitoraggio nelle sedi di Ravenna e Faenza che presentano percentuali di Cesarei nella classe I di Robson oltre i target di riferimento (rispettivamente 8,92% e 10,94%).

2.6. Percorso IVG

Nel 2021 è stato creato un gruppo di lavoro aziendale per omogeneizzare la gestione dell'interruzione volontaria di gravidanza in tutti gli ambiti. La procedura è in fase di pubblicazione. L'estensione alla 63° giornata dell'IVG farmacologica è stata assicurata in tutti gli ambiti.

Gli obiettivi del 2022 saranno:

- trasformare il setting dell'IVG farmacologica da day hospital in regime ambulatoriale;
- realizzare degli studi di fattibilità per realizzare ambulatori per l'esecuzione dell'IVG farmacologica in consultorio.

Indicatore e target:

Estensione offerta IVG farmacologiche fino alla 63° giornata (Fonte: rilevazione IVG)

In tutti i servizi deputati è garantita l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica fino alla 63° giornata.

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

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

% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (Fonte: rilevazione IVG) – obiettivo >= 47% (media RER 2020)

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

2.7. Contrasto alla violenza

Nel corso del 2021 le azioni messe in campo per favorire la conoscenza e l'attività del Centro Liberiamoci dalla Violenza sul territorio riguardano:

1. la partecipazione alla FAD regionale *“L'approccio di rete nel contrasto alla violenza contro le donne”*, fruibile sulla piattaforma Regionale e-Ilaber. Seppur l'emergenza pandemica abbia rappresentato un notevole ostacolo per le attività formative in senso lato, che nella maggior parte dei casi hanno avuto una lunga fase di sospensione, l'iniziativa, diffusa per il tramite dei referenti medici ed infermieristici, ha visto la partecipazione di numerosi dipendenti infermieri/assistenti sociali/medici. A febbraio 2022 la Regione ha messo a disposizione sempre su e-Ilaber la nuova edizione della FAD relativa alla violenza;
2. l'organizzazione all'interno dell'Azienda di 4 incontri formativi rivolti ai facilitatori del percorso di accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza (medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali). Nell'ambito di questi incontri accreditati sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- ✓ la refertazione psicologica (a cura dottoressa Elvira Reale);
 - ✓ gli aspetti giuridici e le nuove fattispecie di reato con i relativi provvedimenti (a cura dottoressa Giovanna Ollà);
 - ✓ Gli aspetti medico-legali della violenza rivolta verso le donne (a cura dottoressa Donata Dal Monte);
 - ✓ L'approccio di rete nella violenza verso le donne (a cura dottoressa Diletta Priami);
3. realizzazione di incontri on line coordinati dalla RER per l'elaborazione del Piano regionale triennale di contrasto della violenza alle donne, per l'attività dell'Osservatorio regionale ai fini di elaborare il report dei dati regionali sulla tematica e infine per la elaborazione del documento di recepimento delle Linee guida nazionali per l'accoglienza e la presa in carico nei servizi di Emergenza delle donne vittime di violenza. Tale percorso lungo ed impegnativo ha visto la partecipazione dell'AUSL tramite i propri rappresentanti (per la parte sanitaria la dottoressa Tiziana Iervese, per la parte psicologica la dottoressa Rachele Nanni e per la parte sociale la dottoressa Elisabetta Pillai);
4. l'attivazione nei diversi territori aziendali di tavoli interforze ed interistituzionali al fine di garantire il miglior approccio al fenomeno della violenza; tali tavoli, che vengono convocati periodicamente, sono sede di discussione di possibili criticità e di condivisione di linguaggi e conoscenze;
5. la presentazione, avvenuta il 26 novembre 2021, presso la Casa Matha di Ravenna del testo *"Il referto psicologico"*, elaborato a cura della dottoressa Rachele Nanni (Direttore del Servizio di Psicologia dell'AUSL della Romagna) con i contributi delle psicologhe referenti per tale prassi, del coordinatore del gruppo di lavoro *"Accoglienza e presa in carico in PS delle vittime di violenza"* (dottoressa Iervese) e del referente per la parte sociale (dottoressa Pillai).

Indicatori e target:

Numero di partecipanti che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/Numero totale iscritti alla formazione. Target >70% (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)

L'obiettivo della completa partecipazione di almeno il 70% degli iscritti alla FAD è stato raggiunto, come confermato dal referente dell'AUSL di Piacenza dott. Davide Giorgio.

Numero contatti al centro LDV. Target: > valore 2019 (Fonte: rendicontazione aziendale)

Il Centro Liberiamoci dalla Violenza della Romagna nel 2021 ha impiegato n. 7 professionisti psicologi per un totale di 46h/settimanali e ha avuto complessivamente 148 contatti (furono 86 nel 2020 e 40 nel 2019). Gli utenti presi in carico sono stati 79 (furono 58 nel 2020 e 31 nel 2019), di cui 70 con primo accesso nel 2021 e 9 già in carico dal 2020. I soggetti usciti dal percorso sono stati 24 (14 dimessi e 10 drop-out).

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

2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'Azienda USL della Romagna sul versante delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel biennio 2020-2021, caratterizzato dalle periodiche criticità legate alle varie ondate di picco Covid, ha sempre evidenziato buone performance sia nella tenuta dei tempi di attesa sia nella ripresa dell'attività e nel recupero delle prestazioni sospese. In particolare:

- nel 2020 la contrazione dei volumi di attività è stata più contenuta rispetto a quella mediamente registrata a livello regionale (-18% vs - 22%);
- nel 2021 i volumi di produzione si sono sostanzialmente riallineati ai valori 2019 (-2% vs -1% regionale).

Oltre al riallineamento dei volumi di attività ai valori 2019, gli obiettivi su cui l'Azienda ha prioritariamente lavorato nel 2021 sono:

Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.

Indicatori e target:

Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA): $\geq 80\%$

Le visite di controllo prescritte dal medico specialista nel corso del 2021 a livello aziendale sono state il 76,47% delle visite di controllo totali, in lieve crescita rispetto al 75,08% del 2020 (Fonte: SivER). L'analisi per dipartimento ha evidenziato però significative differenze sia come valori assoluti sia come rapporto percentuale. Alcune criticità possono essere riconducibili all'adeguamento dei sistemi informativi, infatti nel secondo semestre 2021 è stato sostituito completamente il gestionale dipartimentale dell'ambito di Ravenna, mentre sugli ambiti di Rimini e Forlì si è proceduto ad un aggiornamento dell'attuale. Ad ogni modo, nelle fasi di sostituzione/aggiornamento degli applicativi e di formazione del personale sono state mostrate nuovamente le modalità di prescrizione intese come step vincolante alla prenotazione. Alla luce delle performance raggiunte, si ritiene necessario proseguire anche nel 2022 con momenti di formazione sulle regole di prescrizione e momenti di confronto produttivo per la risoluzione dei problemi tecnici/informatici in modo da rendere lo strumento informatico un facilitatore e non un ostacolo alla normale attività ambulatoriale.

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo: $\geq 70\%$

A partire da luglio 2021, contestualmente alla sostituzione della cartella ambulatoriale su Ravenna e l'aggiornamento della stessa su Rimini e Forlì, si è anche proceduto al trasferimento delle agende autogestite sul sistema a CUP, attività che aveva come obiettivo anche quello di superare le difficoltà di rilevazione del dato legate alla frammentazione esistente nei diversi applicativi.

La rilevazione aggiornata al 1° semestre 2021 evidenziava una percentuale, seppure sottostimata per le difficoltà di rilevazione del dato, del 30% di prenotazioni effettuate dallo specialista stesso. A partire dal mese di luglio per Ravenna e da Ottobre per Rimini e Forlì si evidenzia un incremento dell'utilizzo della prenotazione di controlli da parte dello specialista/struttura ospedaliera tale da concludere l'anno 2021 con il 53,8%, dato ancora al di sotto dello standard ma significativamente in miglioramento rispetto alla situazione iniziale (rilevazione aziendale). Si ritiene necessario proseguire il lavoro di monitoraggio dell'indicatore durante il 2022 al fine di risolvere tempestivamente le eventuali criticità legate alle nuove modalità di gestione della presa in carico, anche alla luce del documento regionale su "Assistenza specialistica ambulatoriale".

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Indicatori e target:

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

Durante il 2021 si è lavorato per completare l'inserimento di tutte le prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni on line sul CUPWEB, evidenziando a fine anno una percentuale

del 99,6% (rilevazione aziendale). Tale percentuale comprende tutti gli esami di laboratorio, visite e diagnostica che sono prenotabili su CUPWEB o per i quali è presente una nota informativa sulle modalità di prenotazione/erogazione.

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione nel Sistema CUP aziendale/provinciale

Indicatori e target:

**Numero agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP / numero agende totali (pubbliche + private):
= 100%**

A partire da febbraio 2021 (pur con le notevoli difficoltà dettate dal persistere dell'emergenza sanitaria) è stato ripreso il percorso aziendale finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo Fondo CUP. In particolare, l'AUSL della Romagna partiva da una situazione (rilevazione ottobre 2020) in cui il 76% delle agende era collegato al sistema CUP, mentre la restante quota risultava composta da agende in autogestione nei diversi dipartimentali non integrate con il sistema CUP. Nella fase di riavvio del percorso interrotto si è deciso di rivalutare analiticamente l'intera quota delle agende a suo tempo rilevate al fine di applicare in maniera puntuale i criteri di esclusione dal sistema CUP. Questa azione ha comportato una sostanziale e ottimale razionalizzazione nel numero delle agende, consentendo di ottimizzare lo sforzo organizzativo e operativo agendo su un numero di agende quantitativamente inferiore e aderente ai criteri condivisi con il livello regionale. In particolare dal numero totale dichiarato alla rilevazione di ottobre 2020 sono state escluse le agende che non prevedono l'erogazione di attività specialistica ambulatoriale, contenenti prenotazioni relative alla Pediatria di comunità, al SERT, ai Consultori, agli Hospice, ai Corsi per alimentaristi, alla Medicina dello sport, alla profilassi antitubercolare, alla chirurgia ambulatoriale, all'attività delle carceri, alla terapia riabilitativa e all'attività di Day Service Ambulatoriale. Dall'analisi, inoltre, sono emerse un numero significativo di agende "miste", cioè dedicate sia a pazienti interni che esterni, create nell'ambito delle UO con l'obiettivo di ottimizzare i percorsi e il complessivo sistema dell'offerta. In questo caso si è proceduto con la pesatura delle quote dedicate a interni ed esterni al fine di trasferire quest'ultima nella offerta disponibile sul sistema Cup, lasciando invece a gestione interna la restante parte. Lo step di valutazione e analisi delle agende e di rimodulazione delle stesse è andato di pari passo con lo sviluppo dell'applicativo unico aziendale sul quale sono incluse le integrazioni bidirezionali con il sistema CUP.

L'AUSL della Romagna, infatti, ha colto l'occasione per perseguire l'obiettivo di adozione di un unico gestionale dipartimentale nei tre ambiti Ravenna, Forlì, Rimini (a Cesena la migrazione verrà programmata nel 2022), in quanto il sistema attuale è comunque in linea con le indicazioni regionali relativamente alla presenza di agende sul Sistema a CUP. La fase analitica rivolta all'individuazione delle agende trasferibili sul sistema Cup si è conclusa con il trasferimento di oltre 580 agende, che progressivamente hanno permesso alle UU.OO. di utilizzare i nuovi contenitori per le prenotazioni sul sistema CUP a partire dalla prima data utile.

Attivazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici attraverso le prestazioni a distanza come previsto dalla Circolare 2/20 (PG/2020/0342773 del 07/05/2020)

Indicatori e target:

Rendicontazione prestazioni erogate a distanza

Nel corso del 2021 sono stati erogati 13.360 colloqui significativi e 551 colloqui in video chiamata. Tale modalità è stata molto utilizzata ed apprezzata sia dal personale sanitario che dall'utenza poiché, nei periodi di maggior diffusione del virus, ha permesso di mantenere costante il monitoraggio su alcune tipologie di pazienti più fragili e ha altresì permesso un minor impatto sui servizi. L'Azienda attualmente sta provvedendo a diffondere in maniera più sistematica ed organizzata la gestione di quota parte di attività con modalità innovative, attraverso una più cospicua collaborazione tra Direzioni di Presidio, ICT e IVT.

Follow up pazienti sindrome post covid (nota della Direzione Sanità prot. 14/07/2020.0502954 “Indicazioni regionali sulla organizzazione del follow up dei pazienti con pregressa infezione da SARS-COV-2”)

Indicatori e target:

Evidenza protocollo aziendale con elenco ambulatori dedicati, modalità di accesso, dettaglio prestazioni erogate, esenzione eventuale

Il percorso di presa in carico dei pazienti dimessi a seguito di ricovero negli Ospedali aziendali per sindrome COVID-19 si è sviluppato nel corso del 2021, in continuità con quanto già avviato nel 2020, con differenze di percorso clinico-organizzativo sui diversi ambiti aziendali, peraltro ampiamente riscontrate anche a livello regionale. A tale proposito, a fine 2021 sono stati avviati i lavori di un sottogruppo istituito a livello regionale dal Tavolo di coordinamento dei Responsabili unici dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al quale partecipa per l'AUSL della Romagna il Dott. Stefano Ferrari, in qualità di RUA della specialistica ambulatoriale.

In ambito aziendale sono stati presi in carico, in concomitanza con le diverse fasi della diffusione del contagio da SARS-COV2, poco meno di 1.400 pazienti per i quali si è provveduto all'effettuazione delle prestazioni previste dalla Tabella A, di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3, del Decreto Legge 25 Maggio 2021, n. 73, al fine di garantirne il monitoraggio del quadro clinico. Nei diversi ambiti territoriali dell'Azienda sono stati aperti ambulatori dedicati sottoposti al coordinamento di uno specialista pneumologo. In particolare, gli ambulatori avviati risultano presenti a Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini; in quest'ultimo ambito, unitamente all'ambulatorio a vocazione pneumologica, sono stati attivati anche un ambulatorio dedicato alle prestazioni in Telemedicina (con presa in carico in tale modalità di circa 500 pazienti) ed uno specifico per trattamenti di riabilitazione respiratoria. Non risulta definito un protocollo unico aziendale, mancando un coordinamento formalizzato dell'intero ambito di attività, ma sono applicati protocolli specifici sia a Forlì che a Rimini, mentre a Faenza e Cesena sono in corso di predisposizione specifiche Istruzioni Operative. Allo stato attuale non risulta invece ancora definito un protocollo a Ravenna.

L'applicazione del codice esenzione CV2123, come previsto dal DL 73 e successivamente ribadito dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna con nota prot. n. 0681572 del 28.07.2021, è stato assegnato ai pazienti individuati secondo i criteri indicati dallo stesso DL 73 ma, in base alla ricognizione avviata in Regione nei primi mesi del 2022, risulta in tutte le Aziende un mancato completamento della diffusione dell'informazione ai cittadini interessati, molti dei quali posseggono ancora l'iniziale codice esenzione più generico P01. Per completare tale percorso amministrativo, la Regione sta predisponendo strumenti che consentano nelle diverse Aziende la completa applicazione dell'esenzione suddetta nell'anno 2022 alla totalità dei cittadini aventi diritto.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG)

Indicatori e target:

Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso¹ con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco sotto*) con classe di priorità B totali: > = 90%

Alla data del 26.05.2022 il dato 2021 sul portale regionale InsidER colloca la Romagna al 60,35%.

Tuttavia, il dato riprodotto attraverso il DWH aziendale evidenzia che complessivamente la percentuale relativa al numero di prestazioni di primo accesso monitorate con classe di priorità B erogate entro 10 gg sul numero di prestazioni di primo accesso monitorate con classe di priorità B totali è per l'anno 2021 del 76,2%. Vista

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

l'incongruenza delle informazioni sono in fase di verifica i dati di entrambe le fonti sulla corretta gestione delle nuove modalità di calcolo dell'indicatore. Ad ogni modo il target non risulta raggiunto e sono in fase di definizione possibili soluzioni migliorative.

2.9. Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.9.1. Riflessi della pandemia sulla spesa farmaceutica nella Regione Emilia-Romagna

La spesa netta convenzionata nell'anno 2020 è stata di 474 milioni di euro, con una flessione del - 2,3% pari a 11 milioni di euro dovuta in particolare alla contrazione dei consumi per terapie occasionali legate a episodi acuti, che sono risultati meno frequenti a seguito della restrizione dei contatti sociali e delle attività imposta dalle misure emergenziali adottate per la gestione della pandemia. E' invece rimasto pressoché invariato il consumo dei farmaci per la cura delle patologie croniche.

L'acquisto ospedaliero ha registrato nel 2020 una spesa di 1.005 milioni di euro, con un aumento del 3,5%, più contenuto rispetto all'incremento stimato in fase di programmazione. Tale importo esclude la spesa per i farmaci innovativi, per l'ossigenoterapia ed è invece al lordo degli importi di pay back versati direttamente alla regione. Le terapie erogate in ambito ospedaliero ai pazienti affetti da COVID-19 hanno assorbito risorse per 13,5 milioni di euro.

2.9.2. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2021

Spesa farmaceutica convenzionata

L'incremento della spesa farmaceutica convenzionata nel 2021 è stato di + 3,5% rispetto al 2020, a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 0,7%. Tale incremento, nonostante le diverse azioni di appropriatezza prescrittiva intraprese, è legato alla manovra che si è resa necessaria sia per ottemperare agli obiettivi regionali di omogeneizzazione delle forme distributive dei farmaci, sia per agevolare i cittadini durante l'emergenza sanitaria pandemica. Già dall'anno 2020 è stata attuata un'importante dismissione di pazienti in carico alla Distribuzione Diretta che è proseguita anche nel 2021 a seguito dell'allargamento farmaci in DPC (in particolare antidiabetici, che determinano un conseguente effetto "trascinamento" sulla spesa farmaceutica convenzionata degli ulteriori farmaci a corollario della terapia). Si segnalano, inoltre, mancati risparmi per il "congelamento" a novembre 2021 dell'ulteriore allargamento elenco DPC per alcune molecole (tapentadol, etc.). La spesa farmaceutica territoriale pro-capite pesata della Romagna rimane comunque sotto la media regionale (€. 177,91€ vs €. 183,48 con una differenza pari a - €. 5,57).

Acquisto ospedaliero di farmaci

La spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci nel 2021 si è chiusa con un incremento di + 7,9% rispetto al 2020, a fronte di un obiettivo regionale fissato a + 5,2%. A tale incremento hanno concorso rispettivamente: farmaci per malattie rare (in particolare eculizumab), farmaci per sclerosi multipla (ocrelizumab e cladribina), oncologici, farmaci per IPF (nintedanib), dupilumab per tutte le indicazioni, nuovi farmaci cardiovascolari (sacubitril/valsartan ed evolocumab), nuovi farmaci emicrania, farmaci per pazienti emofilici (Hemlibra), NAO, gliflozine, tocilizumab per pazienti COVID+. Inoltre, la campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022 ha comportato un incremento di spesa di circa €. 1.600.000 rispetto all'anno precedente.

2.9.3. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Antibiotici

L'obiettivo di contrarre il consumo di antibiotici sistemici è stato perseguito attraverso costanti incontri formativi con i medici prescrittori e tramite la presentazione e divulgazione di materiale informativo sull'uso appropriato degli antibiotici, con particolare riferimento ai fluorochinoloni e all'azitromicina secondo schede informative AIFA. Inoltre, laddove si sono individuate aree di consumo elevato e non giustificato di azitromicina, sono state richiamate e diffuse anche le linee guide aziendali - *MANUALE PER L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE E GESTIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA MALATTIA DA NUOVO CORONAVIRUS (COVID-19) - capitolo 2 GESTIONE TERRITORIALE DEL PAZIENTE COVID*, contenenti le indicazioni sull'uso di antibiotici nella malattia da Covid. Nel corso dell'anno si è mantenuta una costante ed attiva collaborazione con la struttura aziendale SPIAR, per monitoraggi, stesura e divulgazione di documenti inerenti all'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici.

Indicatori e target:

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (indicatore NSG): target ≤ 5.652

Nel corso del 2021 l'obiettivo risulta raggiunto avendo riscontrato in azienda un consumo di farmaci sentinella/traccianti ogni 1.000 abitanti pari a 3.506,2 (Fonte: Insider).

Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER): target $< 12,75$ DDD

Nel corso del 2021 l'obiettivo risulta raggiunto avendo riscontrato in azienda un consumo di antibiotici ogni 1.000 abitanti pari a 9,61 DDD (Fonte: Insider).

Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER): target $< 1,4$ DDD

Nel corso del 2021 l'obiettivo risulta raggiunto avendo riscontrato in azienda un consumo di fluorochinoloni ogni 1.000 donne di età 20-59 anni pari a 0,59 DDD (Fonte: Insider).

Farmaci inibitori pompa protonica (PPI)

La Regione, in considerazione delle oggettive difficoltà logistico-organizzative legate al COVID, non ha proposto per il 2021 obiettivi specifici sui PPI, richiedendo comunque di proseguirne col monitoraggio visto anche l'ulteriore incremento del consumo territoriale osservato nel 2020.

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

Indicatori e target:

Consumo giornaliero di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) per 1.000 residenti: target < 48 DDD

Nel corso del 2021 l'obiettivo (seppur non reso ufficiale dalla Regione) risulta sostanzialmente raggiunto avendo riscontrato in azienda un consumo di PPI ogni 1.000 abitanti pari a 48,92 DDD (vs target < 48), rappresentando comunque la best performance in Regione (Fonte: Insider).

Omega 3

Anche sul consumo di Omega 3 l'Ausl della Romagna ha generato un costante monitoraggio del consumo ed un contestuale invio delle analisi e della reportistica prodotta alle unità operative interessate per mantenere alta l'attenzione sull'obiettivo.

Indicatori e target:

Consumo territoriale di Omega 3 per 1.000 residenti: target < 2,5 DDD

Nel corso del 2021 l'obiettivo non risulta pienamente raggiunto avendo in azienda un consumo di Omega 3 ogni 1.000 abitanti pari a 2,79 DDD (vs target < 2,5) anche se il dato risulta essere la terza miglior performance in Regione (Fonte: InsidER).

Anticoagulanti orali (NAO)

Il monitoraggio del consumo ed il contestuale invio delle analisi e della reportistica prodotta alle unità operative interessate sono stati mantenuti anche per l'utilizzo degli anticoagulanti orali al fine di contenerne l'incremento di spesa.

Indicatori e target:

Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK): target 4,5 pazienti ogni 1.000 ab.

La rilevazione pone la Romagna a 5,9 pazienti in trattamento con NAO ogni 1.000 residenti, performance molto prossima alla media regionale (5,72) ma decisamente lontana dall'obiettivo fissato a 4,5 pazienti ogni 1.000 residenti.

Farmaci per la cronicità

L'obiettivo per il 2021, in considerazione dello spostamento della prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella FANV (nota AIFA 97) e di alcune classi di farmaci per la BPCO (LABA/LAMA) e per il diabete (incretine e gliflozine) verso la medicina di base, prevedeva l'attivazione di corsi di formazione per MMG sulle tematiche sopra indicate al fine di accrescere la corretta definizione delle scelte terapeutiche e del posto in terapia dei singoli farmaci.

Indicatori e target:

Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale. Target: realizzare un'iniziativa formativa per almeno 2 su 3 fra gli argomenti indicati in obiettivo

Nel corso del 2021 si sono svolti:

- 3 incontri con MMG neoconvenzionati sul tema della prescrizione NAO con scheda nota AIFA 97,
- incontri formativi con 12 MMG sui farmaci per BPCO

Antidiabetici

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

Indicatori e target:

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

La rilevazione relativa ai primi 8 mesi del 2021, fornita dai Servizi Farmaceutici Regionali, riporta in Romagna una percentuale di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a al 41,1% (vs target >=40%).

% di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali. Target >= 85%

Nel corso del 2021 l'obiettivo risulta raggiunto avendo in azienda una percentuale di pazienti in trattamento con insuline basali meno costose pari all'88,69% (vs target >=85% - Fonte: InsidER).

Farmaci anti VEGF

In corso d'anno è stato assicurato l'invio di specifica reportistica di monitoraggio alle unità operative interessate al fine di favorire l'analisi sul grado di raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, si è svolto un incontro specifico con i clinici del Gruppo Macula aziendale ad ottobre 2021.

Indicatori e target:

per le indicazioni comprese nella nota AIFA 98, impiego del farmaco economicamente più vantaggioso in rapporto a tutti i farmaci antiVEGF utilizzati nei pazienti incidenti (Fonte: piattaforma AIFA). Target $\geq 75\%$

Dal portale InsidER risulta una prescrizione di bevacizumab biosimilare pari al 78,35%.

Farmaci oncologici e oncoematologici

Relativamente a queste tipologie di farmaci il monitoraggio e l'analisi dei dati viene effettuato solo per quelli in cui le raccomandazioni GreFO prevedono un costo/opportunità e solo in presenza di una differenza economicamente rilevante fra i costi di trattamento con i diversi farmaci). Pertanto, si sono effettuati monitoraggi periodici ed incontri di Dipartimento Oncoematologico con le UU.OO. coinvolte per

1° Linea, ca della mammella, HER2-, RO+, avanzato/non operabile, in post menopausa: palbociclib+IA, ribociclib+IA, abemaciclib+IA (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 11195 del 01/07/2020). Target $\geq 40\%$ di utilizzo del farmaco meno costoso

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale InsidER.

La rilevazione relativa ai primi 8 mesi del 2021, fornita dai Servizi Farmaceutici Regionali, riporta in Romagna una percentuale di utilizzo del farmaco meno costoso al 60% (vs target $\geq 40\%$).

Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe

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

Nel 2021 non sono stati dati obiettivi sui biosimilari per l'ormone della crescita e l'insulina lispro in quanto le gare InterCenter hanno aggiudicato come farmaco a miglior rapporto costo-opportunità non il biosimilare.

Sui prodotti cui non si è raggiunto l'obiettivo:

- Bevacizumab - obiettivo non raggiunto ma giustificato per smaltimento scorte nei primi 2 mesi 2021 del farmaco originator.
- Rituximab ad uso reumatologico - utilizzato al 100% biosimilare (monitoraggio aziendale).
- Etanercept ed adalimumab - il mancato pieno raggiungimento del target è dovuto in maggior parte alle prescrizioni con farmaco originator non biosimilare da parte di Centri Extra-aziendali.

In sintesi, per l'anno 2021 si registrano le seguenti % di impiego dei biosimilari [Fonte: Siver]:

Indicatore Impiego del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	Valore atteso anno 2021	Risultato anno 2021
<i>Epoetine</i>	$\geq 90\%$	95,93%
<i>Infliximab</i>	$\geq 90\%$	96,45%
<i>Etanercept</i>	$\geq 90\%$	89,29%
<i>Adalimumab</i>	$\geq 90\%$	89,31%
<i>Follitropina alfa</i>	$\geq 65\%$	83,85%
<i>Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico</i>	$\leq 20\%$	Trastuzumab (1,79%) Rituximab (0,0%)

Indicatore	Valore atteso anno 2021	Risultato anno 2021
Impiego del/dei biosimilare/i sul totale del consumo		
<i>Bevacizumab</i>	≥ 90%	71,12%
<i>Rituximab in ambito reumatologico</i>	≥ 90%	100% (monitoraggio aziendale)
<i>Enoxaparina</i>	≥ 90%	99,79%

Farmaci Epatite C

Sono stati effettuati monitoraggi ed incontri per la divulgazione di informazioni sugli antivirali che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo-opportunità con i clinici dei Centri prescrittori.

Indicatori e target:

% di pazienti naive trattati con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti naive in trattamento con DAA (Doc PTR n. 229). Target ≥ 85%

La rilevazione relativa ai primi 9 mesi del 2021, fornita dai Servizi Farmaceutici Regionali, riporta in Romagna una percentuale di pazienti naive trattati con il farmaco meno costoso del 100% (vs target ≥85%).

Farmaci neurologici

Sono stati effettuati incontri per la divulgazione delle Raccomandazioni regionali sui farmaci per il morbo di Parkinson ai clinici dei Centri prescrittori.

2.9.4. Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Indicatori e target:

% farmacie convenzionate che hanno sviluppato la funzione di rilascio identità digitale al cittadino sul totale delle farmacie. Target ≥ 60%

Il totale delle farmacie attive con la funzione di rilascio dell'identità digitale al cittadino sono arrivate nel corso del 2021 al 67% del totale (vs target ≥60%). Le farmacie non ancora attive state sollecitate a garantire l'adesione. La formazione è stata seguita da Lepida.

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

Il totale delle farmacie coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE è giunto al 72% del totale (vs target ≥66%). L'Azienda ha inviato diverse note di sensibilizzazione alle farmacie convenzionate in cui è stata sottolineata l'importanza della farmacovigilanza e vaccinovigilanza e sono state fornite istruzioni per la registrazione al portale VIGIRETE. Le stesse azioni sono state effettuate in occasione dei contatti telefonici con le farmacie e le visite ispettive.

Chiusura delle ricette dematerializzate per i farmaci in DPC (Fonte: Sistema di accoglienza regionale - SAR). Target ≥ 90%

Il calcolo puntuale dell'indicatore alla data del 14.04.2022 non è disponibile. E' stata comunque data piena applicazione alla lista unica regionale DPC con supporto alle farmacie Convenzionate per criticità relative alla chiusura delle ricetta DEMA dei farmaci DPC su SAR

2.9.5. Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

Adempimenti dei medici prescrittori

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

Qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche

Sulla tematica della sicurezza delle cure farmacologiche, l'Azienda ha avviato il progetto *"Ricognizione-Riconciliazione sul territorio"* con individuazione di 3 NCP pilota (1 per ambito provinciale). Sono stati prodotti report delle terapie da sottoporre ai MMG per la riconciliazione farmacologica ed effettuata formazione ai MMG dei 3 NCP pilota. È stato istituito un gruppo di lavoro aziendale sul *"Progetto presa in carico paziente ospedale territorio: riconciliazione terapeutica"*, successivamente presentato in occasione degli incontri di Dipartimento

2.9.6. Farmacovigilanza

L'Azienda, per perseguire l'applicazione delle procedura AIFA in materia di farmacovigilanza e vaccinovigilanza ha assicurato la partecipazione attiva dei farmacisti alle attività inerenti.

Inoltre, ha aderito al progetto regionale di vaccinovigilanza *"Il mio vaccino Covid19"* e ha favorito la divulgazione di materiale informativo correlato (evidenza documentale agli atti presso Direzione Assistenza Farmaceutica). La relazione RER Farmacovigilanza 2021 riporta n. 2.520 segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini per l'Ausl della Romagna (+568% vs 2020) di cui l'88% attraverso la piattaforma Vigifarmaco (media regionale all'82%)

Indicatori e target:

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

Il dato relativo all'Ausl della Romagna desunto dalla relazione della regione sulla Farmacovigilanza 2021 si attesta a 225 segnalazioni ogni 100.000 abitanti (vs target ≥ 50 segnalazioni).

2.9.7. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Corretto utilizzo dei dispositivi medici/DPI

Sono stati predisposti documenti informativi e divulgate le schede tecniche dei DPI disponibili. Inoltre sono stati effettuati diversi incontri di refresh sul corretto uso dei DPI

Introduzione e corretto impiego della TPN monouso

La rendicontazione nel flusso DiMe della spesa per dispositivi TPN è stata garantita al 100%, anche grazie all'attività di manutenzione/aggiornamento delle anagrafiche NFS in coerenza con i dati richiesti dal sistema.

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

L'Azienda ha garantito tutte le azioni necessarie all'implementazione del progetto nel rispetto del tempogramma regionale:

- partecipazione ai gruppi regionali e aziendali per l'implementazione del progetto;
- realizzazione della fase di avviamento come da cronoprogramma;

- approvvigionamento di strisce e strumenti tradizionali;
- coordinamento per la consegna degli strumenti tradizionali alle sole UU.OO. definite nel progetto.

Obiettivi di spesa e di tracciabilità

Sono al momento in corso verifiche con la Regione per la risoluzione delle problematiche che non consentono di essere performanti nella copertura flusso DIME/conto economico, come la mancata rilevazione di alcuni prodotti nel flusso DIME (DPI Covid senza codice repertorio acquistati da Ausl di Reggio Emilia e AOSP di Parma); inoltre sono in corso valutazioni su dispositivi appartenenti alla classe CND Z che la Ausl Romagna imputa correttamente al conto economico dei DM in quanto materiale "consumabile" e che invece la RER non considera (la RER considera nel flusso DIME solo i dispositivi per la gestione del diabete).

Indicatori e target:

Rendicontazione nel flusso DiMe della spesa su centri di costo Covid (Target: 100% - Fonte: flusso DiMe)

La spesa su centri di costo Covid è rendicontata al 100% nel flusso DiMe.

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

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale Insider.

I dati elaborati dal GRDM (tuttavia non consolidati) riportano un tasso di copertura pari all'84,8%.

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

Alla data del 23.05.2022 non risultano ancora disponibili i dati 2021 sul portale regionale Insider.

I dati elaborati dal GRDM (tuttavia non consolidati) riportano un tasso di copertura pari al 58,4%.

Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2020 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per le protesi d'anca in Ausl Romagna nel 2021 è stato di €. 1.625 decisamente al di sotto del costo medio regionale pari a €. 1.923 anche se in incremento rispetto al costo medio aziendale 2020 che era di €. 1.494 (+8,8%) [Fonte: Siver].

Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2020 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per pacemaker in Ausl Romagna nel 2021 è stato di €. 1.035 più basso del costo medio regionale pari a €. 1.219 e in diminuzione rispetto al costo medio aziendale 2020 che era di €. 1.158 (-10,6%) [Fonte: Siver].

Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2020 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Il costo medio per paziente per defibrillatori impiantabili in Ausl Romagna nel 2021 è stato di €. 8.116 pari al costo medio regionale ma in crescita rispetto al costo medio aziendale 2020 che era di €. 7.720 (+5,1%) [Fonte: Siver].

2.10. Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Sviluppo delle attività di psicologia nelle cure primarie. Incremento delle attività della psicologia nelle cure primarie in almeno 1 ulteriore Casa della salute o Nucleo delle cure primarie rispetto a quanto attivo nel 2020

Nel 2020 il progetto di Psicologia di Cure Primarie è stato avviato sperimentalmente nella Casa della Salute di Russi. L'attività di Psicologia di Cure Primarie collocata all'interno delle Case della Salute valorizza una

sintesi di competenze clinica, della salute e di comunità proprie della comunità multiprofessionale delle Case della Salute. Gli interventi psicologici si configurano come:

- Analisi della domanda e condivisione del piano di intervento con gli MMG;
- Interventi focali brevi indicati nei disturbi dell'adattamento, post traumatici, ansiosi, depressivi di primo livello (NICE, APA, Consensus Conferenze 2022);
- Indirizzo ed accompagnamento motivazionale ai Servizi Specialistici sanitari e sociali più appropriati;
- Attivazione di altri agenti della rete comunitaria quali le associazioni di utenti competenti e self help; Promozione l'assunzione di stili di vita salutari.

Nell'anno 2021, a partire dal mese di settembre, il progetto si è ampliato ad altre 8 Case della Salute, attraverso l'impiego di parte delle risorse libero-professionali messe a disposizione dai finanziamenti previsti dal Decreto Sostegni bis 2021.

In particolare:

- 2 sul territorio di Rimini, presso le Case della Salute di Morciano e Santarcangelo;
- 2 sul territorio di Forlì/Cesena, presso le Case della Salute di Savignano e Forlimpopoli
- 4 sul territorio di Ravenna, presso le Case della Salute di Lido Adriano, San Pietro in Vincoli, Bagnacavallo e Castel Bolognese.

Il Progetto ha coinvolto complessivamente 77 MMG nei tre Ambiti Provinciali ed ha utilizzato 78 ore settimanali di professionisti psicologi (2,05 UE). Nei mesi da ottobre a dicembre 2021 hanno avuto accesso al percorso 146 utenti ai quali sono state erogate 690 prestazioni psicologiche (colloquio psicologico clinico).

Avvio della cartella CURE per i Centri Salute Mentale adulti e Telemedicina per tutti i Servizi del DSM-DP

La cartella informatizzata CURE è stata attivata in tutti i Centri di Salute Mentale della Romagna nel rispetto del tempogramma regionale. Questo ha consentito agli organi regionali di recepire il flusso informativo SISM di chiusura 2021 attraverso il nuovo applicativo.

L'attività di telemedicina/visite a distanza (sebbene non utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione in CURE) è stata attivata in tutti i servizi territoriali del DSM-DP, su pazienti selezionati in base alla patologia e alle risorse personali, con evidenza delle prestazioni erogate attraverso questa modalità all'interno dei rispettivi flussi informativi trasmessi alla Regione.

Il primo progetto sviluppato in CURE ha preso avvio nel 2022 ed è rivolto a persone con ADHD afferenti al percorso per i disturbi del neurosviluppo. Poiché l'ambulatorio di Rimini funge da unico presidio per tutta l'area aziendale, questa opportunità si è rivelata efficace e sta rappresentando un importante valore aggiunto per mantenere frequenti i contatti con i tanti utenti provenienti da altri ambiti territoriali.

Re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in Psichiatria. Target <= 6,9%

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio.

In Romagna, la percentuale di re-ricoveri tra gli 8 e i 30 giorni nel 2021 si è attestata al 7,3%, un valore fra i più alti della Regione che a sua volta presenta un dato medio pari al 5,79% [Fonte: SivER].

Viceversa all'indicatore dei re-ricoveri entro 7 giorni la Romagna presenta una performance fra le migliori della Regione, con un dato che si ferma al 5,08% rispetto la media regionale del 6,66% [Fonte: SivER].

Programma psicopatologia 14 - 25 anni

Le équipe multidisciplinari e trasversali alle 3 Aree del DSM-DP che effettuano attività di assesment, consultazione e presa in cura secondo le linee di indirizzo regionali sono attive in tutti gli ambiti aziendali.

Definizione della Procedura di E/U psichiatrica dipartimentale per la fascia di età 14 – 25

La procedura è stata definita e condivisa fra tutti gli attori in campo. Al momento è in fase di formalizzazione.

2.11. Salute nelle carceri

Prevenzione dei contagi e gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 negli Istituti penitenziari. Detenuti vaccinati negli Istituti penitenziari al 30 giugno 2021; target $\geq 80\%$

Nei 3 Istituti Penitenziari con sede nel territorio della Ausl Romagna sono state adottate tutte le misure di sicurezza antiCOVID, come previsto dalle normative nazionali, regionali e aziendali. A tal riguardo è stato stilato un protocollo operativo, agli atti degli Istituti Penitenziari, che regola tutte le misure di prevenzione da contagio e di gestione dell'emergenza sanitaria.

Nello specifico:

- nella Casa Circondariale di Forlì, con una capienza pari a 198 posti, 252 nuovi detenuti transitati nel corso dell'anno ed una presenza al 31.12.2021 di 179 utenti, durante tutto il 2021 non si sono riscontrate positività al Covid. La percentuale di vaccinati ha superato il 95% dei pazienti residenti all'interno del carcere (382 dosi di vaccino antiCOVID di cui 160 I° dosi, 142 II° dosi e 80 III° dosi). Inoltre, sono stati eseguiti 650 tamponi molecolari e 1.600 tamponi rapidi.
- nella Casa Circondariale di Ravenna, con una capienza pari a 98 posti, 283 nuovi detenuti transitati nel corso dell'anno ed una presenza al 31.12.2021 di 70 utenti, durante tutto il 2021 sono risultati positivi al covid 2 utenti, più altri 2 che erano in permesso e non sono mai entrati in istituto. La percentuale di vaccinati ha superato il 95% dei pazienti residenti all'interno del carcere (218 dosi di vaccino antiCOVID di cui 95 I° dosi, 78 II° dosi e 45 III° dosi). Inoltre, sono stati eseguiti 151 tamponi molecolari e 244 tamponi rapidi.
- nella Casa Circondariale di Rimini, con una capienza pari a 157 posti, 355 nuovi detenuti transitati nel corso dell'anno ed una presenza al 31.12.2021 di 124 utenti, durante tutto il 2021 sono risultati positivi al covid 15 utenti. La percentuale di vaccinati ha superato il 95% dei pazienti residenti all'interno del carcere (375 dosi di vaccino antiCOVID di cui 131 I° dosi, 142 II° dosi e 102 III° dosi). Inoltre, sono stati eseguiti 373 tamponi molecolari e 804 tamponi rapidi.

2.12. Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA, compresi fondi nazionali, nel contesto dell'emergenza da COVID-19

Seppur nel contesto della pandemia, la programmazione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA è avvenuta con le consuete scadenze e condividendo le linee di indirizzo nel corso degli incontri di Coordinamento degli Uffici di Piano che sono stati convocati periodicamente dall'Azienda. Per le persone con disabilità grave, la rete dei servizi offerti comprende servizi di assistenza domiciliare, inserimento in centri diurni e residenziali nell'ambito di una presa in carico personalizzata, a partire da una valutazione multidimensionale effettuata da équipe multiprofessionali (UVM) presenti nei diversi distretti.

Inoltre nella programmazione del FRNA e FNA sono previsti interventi per favorire la domiciliarità e la vita indipendente, quali l'assegno di cura di sostegno e l'assistenza domiciliare.

Indicatori e target:

Rendicontazione sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA 2019. Target: entro giugno 2021

Per l'identificazione dei beneficiari degli interventi finanziati con la quota del FNA vincolata ad interventi per le persone con gravissima disabilità, nei singoli ambiti distrettuali le UVM devono fare riferimento all'articolo 3 del DM 26 settembre 2016, e gli interventi erogabili sono: assegno di cura, assistenza domiciliare, ricoveri di sollievo in strutture residenziali e semi-residenziali. In attuazione della DGR 130/21, per le persone affette da gravissime disabilità è stato istituito un gruppo di lavoro integrato fra Azienda e Uffici di Piano che ha provveduto a redigere una procedura di massima sui criteri per l'erogazione del contributo aggiuntivo di almeno 400 € mensile per al massimo 12 mensilità previsto dalla DGR stessa. Alla fine dei lavori, la procedura è stata successivamente approvata nell'ambito dell'Ufficio di Presidenza della CTSS. La relativa rendicontazione è stata trasmessa agli organi regionali con nota prot. 0129236/P del 13.05.2021 ad oggetto *"Monitoraggio FNA 2019: trasmissione file di rendicontazione per AUSL e per singoli ambiti distrettuali"*

Rendicontazione delle risorse erogate nel 2020 a sostegno della riapertura dei centri diurni disabili (DGR 526/2020 e DGR 2022/2020). Target: entro giugno 2021

La DGR 2022/2020, che ha assegnato alle AUSL il fondo nazionale per indennità agli enti gestori delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità di cui al D.P.C.M. 23 luglio 2020 al fine di consentire la loro riapertura, è stata rendicontata secondo i termini stabiliti dalla Regione. La relativa rendicontazione è stata trasmessa agli organi regionali con nota prot. 0079293/P del 23.03.2021 ad oggetto *"Rendicontazione Fondo nazionale centri diurni disabili DGR 2022/2020"*.

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

Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, che si compone dei due documenti *"Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale"* di cui al decreto 2 gennaio 2021 e dalle *"Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 (10 marzo 2021)"*, che hanno definito le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità, ha previsto la vaccinazione anti-SarS-Cov-2 partendo a fine dicembre 2020 dagli ospiti anziani inseriti nelle Case Residenze per Anziani. Successivamente sono stati vaccinati anche gli anziani inseriti nelle altre strutture socio sanitarie per anziani. Nel mese di aprile 2021 è stata completata la vaccinazione anche dei disabili inseriti in Centri Socio Riabilitativo Residenziali, Centri Socio Riabilitativi Diurni, Centri Socio Occupazionali e Gruppi appartamento. Sempre seguendo le indicazioni del Piano Vaccinale Nazionale, la vaccinazione è stata estesa anche agli operatori delle medesime strutture per anziani e disabili con invio presso i Centri Vaccinali Aziendali oppure in alternativa, in alcuni casi, contestualmente alla vaccinazione degli ospiti presso le strutture dove svolgevano la loro attività.

Anche nel corso del 2021, si è reso necessario continuare a garantire, in ciascun ambito aziendale e per tutte le strutture socio sanitarie, un costante rinforzo formativo sulla prevenzione delle **infezioni correlate alle pratiche assistenziali nel contesto di pandemia da COVID-19**. Tali iniziative formative hanno raggiunto un grande numero di operatori fornendo loro precauzioni e indicazioni per evitare situazioni favorevoli la potenziale circolazione del virus (in particolare su: isolamento ospiti Covid sospetti/accertati, percorsi e nascita CRA COVID, come comportarsi in camere filtro o quarantena, vestizione/svestizione DPI, sanificazione e disinfezione attrezzature, etc.). La formazione è stata sviluppata sia in videoconferenza,

ottenendo una altissima percentuale di partecipazione, che con numerosi sopralluoghi in struttura/incontri di approfondimento con equipe consulenziale COVID multi-professionale con l'obiettivo di eseguire formazione sul campo, fornire elementi utili all'individuazione di percorsi per l'organizzazione di eventuali zone in cui assistere ospiti in isolamento e/o positivi (valutazione/verifica sul posto delle indicazioni date, valutazione degli spazi, possibilità clinico assistenziali di affrontare casi sospetti o accertati COVID, forniture di ossigeno e farmaci, presenza DPI, presenza materiale informativo e poster, igiene ambientale, comunicazione, ecc.).

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

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

Indicatori e target:

Attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari: utenti vaccinati nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani e disabili al 30 giugno 2021. Target: >=90%

Complessivamente la percentuale di utenti vaccinati nelle strutture socio sanitarie del territorio dell'AUSL della Romagna a giugno 2021 risultava superiore al 90%.

Sostegno per le persone anziane e disabili ed i loro caregiver, in collaborazione con gli Enti Locali, con particolare attenzione ai bisogni conseguenti alla emergenza da COVID-19 ed al sostegno alla domiciliarità

Al fine di programmare il riparto del finanziamento e le indicazioni relative alle azioni da intraprendere si è proceduto alla costituzione di una Cabina di regia Aziendale con il compito di formulare indicazioni di carattere generale e trasversale (composta da DASS, Referenti Sociali, Referente Aziendale Caregiver, Direttori di Distretto, Dirigente DIT). Presso ciascun Distretto si è provveduto alla programmazione delle azioni locali da realizzare in collaborazione con Ufficio di Piano, Direttore di Distretto, DASS, Dirigente DIT.

A livello generale e trasversale, in ragione dell'esigenza condivisa di implementare l'assistenza psicologica ai caregiver familiari e dotare le equipe carenti di professionisti dedicati, si è scelto di destinare una quota per ciascun Ambito Provinciale per l'assunzione di alcuni professionisti psicologi da parte dell'AUSL della Romagna. Tali risorse sono state dedicate trasversalmente ai Distretti di ciascuna provincia alle seguenti priorità condivise:

- Disabilità Intellettiva ed autismo Adulti (ambiti di Forlì-Cesena e Ravenna);
- Area Centro Disturbi Cognitivi e Demenza (ambito di Rimini).

Prioritariamente si sono realizzati:

- interventi di sollievo programmato al domicilio o di accoglienza temporanea in centro diurno o struttura residenziale;
- interventi di Assistenza Domiciliare integrata a seguito di assenza temporanea del caregiver/badante principale a causa di infortuni o malattie o interventi di dimissioni protette rivolti a persone anziane e disabili.

Sono inoltre state dedicate risorse ad interventi di rimodulazione delle attività dei Centri Diurni per anziani, in co-progettazione con gli enti gestori, al fine di renderli tempestivamente idonei alla ripresa dell'accoglienza in emergenza COVID-19 e soprattutto per garantire continuità di accesso in sicurezza agli utenti e alle loro famiglie.

Per l'Area Demenza:

- sono stati mantenuti ed implementati i supporti psicologici individuali in presenza presso gli ambulatori Aziendali (CDCD) e telefonici rivolti ai caregiver e familiari;
- è stata effettuata una co-progettazione fornendo anche supporto tecnico ed organizzativo alle iniziative promosse dalle Associazioni focalizzate sull'inclusione sociale rivolta a caregivers e ammalati, con incontri mensili di tipo informativo e di auto-mutuo aiuto sempre promossi dalle Associazioni;
- sono stati inoltre realizzati co-progettazione e supporto tecnico ed organizzativo alle iniziative promosse dalle Associazioni focalizzate sul sollievo ai caregiver con la realizzazione di interventi post diagnostici di gruppo rivolte alla persona con demenza.

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

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

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

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

Anche per l'area Disabilità intellettiva e autismo sono stati realizzati percorsi formativi brevi strutturati rivolti ai caregivers

Indicatori e target:

Rendicontazione interventi e utenti inseriti nei Programmi per il "Dopo di Noi" L.112/16 al 31.12.2020.

Target: entro giugno 2021

Nell'ambito della definizione della Programmazione 2021, in ciascun Distretto dell'Azienda USL della Romagna sono stati stanziati i finanziamenti previsti dalla Regione per il programma regionale "Durante e Dopo di noi" per interventi finalizzati a garantire assistenza, indipendenza e autonomia ai disabili gravi rimasti privi di sostegno, perché orfani o con genitori ormai anziani, quindi anch'essi non più autosufficienti, utilizzati per gli interventi di seguito elencati:

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

Per ciascun Distretto, in corso d'anno, viene costantemente monitorato l'andamento dei costi nelle varie linee di servizio previste in programmazione 2021.

La relativa rendicontazione è stata trasmessa agli organi regionali con nota prot. n. 0136635/P del 20.05.2021 ad oggetto *“Rendicontazione degli interventi relativi alla Legge 112/2016 Dopo di Noi”*.

Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al caregiver in ambito domiciliare. Target: rispetto tempistiche regionali

La rendicontazione sull'utilizzo Fondo Caregiver è stata inviata di Regione con nota prot. n. 0024655/P ad oggetto *“Monitoraggio interventi a sostegno dei caregivers (DGR 1005/20)”* in data 28.01.2022. Le risorse complessive rendicontate al 31.12.2021 ammontano a €. 1.219.111,27 utilizzate e €. 1.614.383,58 programmate. Complessivamente il numero di iniziative/interventi è di 11.275, mentre il numero di caregiver è di 2.797.

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

Relativamente al progetto Caregiver, nel corso del 2021 si sono tenute formazioni nei diversi ambiti (coinvolgendo gli Uffici di Piano e i rispettivi SST) sul tema *“valutazione dei bisogni dei caregivers famigliari nella progettazione degli interventi di rete”*. Sono stati presentati i contenuti tecnici e teorici in riferimento al ruolo sociale dei caregivers famigliari ed agli strumenti previsti dalla delibera regionale n. 15465/2020. Nel corso del 2021, L'Azienda ha messo in campo le azioni necessarie per l'utilizzo degli strumenti di cui alla suddetta DGR presso tutti i distretti del territorio dell'AUSL della Romagna.

Indicatori e target:

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

È stata adottata in tutti i distretti la scheda del riconoscimento del caregiver proposta dalle Regione.

Evidenza di utilizzo “sezione Caregiver” con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati attivati/aggiornati nel 2021. Target: Almeno 20% dei progetti personalizzati redatti nel 2021

Si sono condivise le modalità organizzative di adozione del PAI proposto dalla DGR.

Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

Indicatori e target:

Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente. Target: >= 24,6

Nel 2021 gli anziani over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in Ausl Romagna sono stati il 41,46%, terza miglio performance regionale, la cui media è al 38,86%.

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

Nell'anno 2021 si è proceduto all'implementazione, in particolare, dei seguenti aspetti:

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

Indicatori e target:

Adozione formale PDTA aziendale secondo i documenti aziendali pubblicati

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

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

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

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

Indicatori e target:

Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda. Target: $\geq 70\%$

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

3. Assistenza Ospedaliera

3.1. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

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

Tali piani prevedono l'incremento strutturale delle attività di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura e devono altresì essere sottoposti all'approvazione del Ministero della Salute e recepiti nei programmi operativi regionali di cui all'art. 18 co. 1 del D.L. 18/2020, convertito con L. 27/2020.

Al momento attuale si sono rilevate una serie di criticità nello stato di avanzamento dei lavori che hanno portato ad un allungamento dei tempi di realizzazione degli interventi inizialmente ipotizzati; criticità che si possono sintetizzare in alcuni punti principali:

- difficoltà nella redazione dei progetti esecutivi per l'impossibilità di fare sopralluoghi al fine di rilevare gli impianti esistenti nei vari reparti in quanto funzionanti;
- difficoltà di operare su edifici vecchi le cui condizioni strutturali riservano spesso imprevisti;
- mancanza della necessaria copertura economica degli interventi dovuta alla situazione di fatto delle strutture che portano aumenti di costi imprevisti durante i lavori;
- indisponibilità degli spazi su cui intervenire a causa della situazione emergenziale;
- difficoltà nel reperimento delle materie prime ed aumento dei costi a causa della bolla speculativa;
- non tempestive risposte del Ministero alle richieste di rimodulazione, facciamo presente che questa rideterminazione degli interventi partita nelle relazioni con la Regione a marzo/aprile 2021 ha avuto un ritorno a Novembre 2021 in piena ripresa delle criticità emergenziali con la conseguenza di non poter operare in alcune aree critiche.

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

Nr. 10 interventi completati

1. Ospedale di Cesena n. 6 PPLL di Terapia Intensiva: sono stati riattivati n. 6 PPLL di terapia intensiva nell'area dell'ex Terapia Intensiva Post Operatoria dismessa da alcuni anni. Si tratta di un'area open-space in grado di accogliere 5 PPLL oltre ad 1 ulteriore staffabile. Inoltre, si è provveduto all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
2. Ospedale di Cesena n. 17 PPLL di Terapia Semintensiva: i posti letto sono attivi da ottobre 2021 e anche per questo intervento è stato necessario l'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate. Si precisa che lo studio preliminare prevedeva di ubicare i posti letto all'interno del reparto di Chirurgia, mentre a seguito dell'andamento pandemico del COVID si è ritenuto di dividere i posti letto in differenti reparti:
 - ✓ n. 9 nel reparto di degenza ordinaria di Chirurgia Generale;

✓ n. 8 nel reparto di degenza ordinaria di Medicina d'Urgenza.

3. Ospedale di Ravenna n.16 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento ha previsto la realizzazione di n. 4 PPLL in Medicina Interna e n. 12 PPLL nel reparto di pneumologia, che ha interessato la ristrutturazione completa del reparto anche a livello di impiantistica e dei gas medicali e ha necessitato l'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.
4. Ospedale di Rimini opere propedeutiche alla realizzazione della Terapia Intensiva.
5. Ospedale di Rimini n. 18 PPLL di Terapia Intensiva.
6. Ospedale di Rimini n. 18 PPLL di Terapia Semintensiva.

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

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

Nr. 4 interventi in corso al 31 dicembre 2021 e completati nel mese di febbraio 2022

1. Ospedale di Faenza - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento prevede l'adeguamento di n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva collocati presso la Medicina d'Urgenza con la creazione di un openspace e l'adeguamento edile, impiantistico e dei gas medicali, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate; i lavori, ancora in corso al 31 dicembre 2021, sono stati terminati nel mese di febbraio 2022.
2. Ospedale di Faenza - Adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento ha previsto alcuni lavori interni di piccola entità già terminati da tempo e prevede anche l'installazione di due pensiline in esterno che si ipotizza possano essere montate entro la primavera 2022.
3. Ospedale di Riccione - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva: l'intervento prevede l'adeguamento edile ed impiantistico (il reparto è sprovvisto di impianto di ricambio d'aria) di n. 4 degenze singole per la realizzazione di n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva all'interno del reparto di Medicina d'Urgenza, oltre che alla risistemazione del reparto stesso e all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.

4. Ospedale di Rimini - Adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento prevede l'adeguamento degli spazi esistenti con la creazione di una nuova area OBI a n. 9 PPLL; la ristrutturazione ha interessato circa 200 mq con lavori sia edili che impiantistici, oltre che all'acquisto di attrezzature elettromedicali dedicate.

Nr. 5 interventi in corso con completamento previsto entro settembre 2022

1. Ospedale di Forlì - n. 6 PPLL di Terapia Intensiva: a seguito della prima ondata pandemica sono stati realizzati n. 2 PPLL, mentre per gli altri n. 4 PPLL nel corso del 2021 sono stati iniziati i lavori propedeutici all'intervento ma l'evoluzione critica della pandemia non ha permesso di occupare le aree che si pensa possano essere disponibili da primavera 2022; il completamento delle forniture delle attrezzature elettromedicali sarà ultimato una volta completati i lavori.
2. Ospedale di Forlì - n. 16 PPLL di Terapia Semintensiva: la strategia della Direzione Medica di Presidio è stata quella di consentire gli interventi nelle aree sanitarie in modo progressivo (un reparto alla volta) al fine di non essere impreparati in caso di evoluzione critica della pandemia relativamente alla necessità di spazi. Pertanto, le prime aree rese disponibili a giugno 2021 hanno permesso di realizzare n. 12 PPLL nel reparto di pneumologia, mentre i rimanenti n. 4 PPLL (aggiuntivi) in Medicina d'Urgenza saranno realizzati entro settembre 2022; il completamento delle forniture delle attrezzature elettromedicali sarà ultimato una volta completati i lavori.
3. Ospedale di Lugo - Ristrutturazione e adeguamento del Pronto Soccorso: l'intervento prevede oltre che la ristrutturazione dei locali esistenti anche un piccolo ampliamento che permetta così, nella redistribuzione degli spazi, la delocalizzazione della camera calda. Le fasi di lavoro sono state parzializzate per la necessità di garantire spazi non ristretti per le attività sanitarie, stante il perdurare della pandemia ed entro dicembre è stato ultimato il primo ampliamento oltre alla risistemazione degli spazi interni con la nuova area di attesa e triage. La seconda fase, che partirà dalla primavera 2022, prevede la costruzione della nuova camera calda e locali annessi nell'area di sedime dove ora è presente una struttura provvisoria prefabbricata ospitante triage, sale attesa e percorsi di smistamento (circa 200 mq). L'esecuzione sarà quindi possibile quando le esigenze sanitarie permetteranno la dismissione delle strutture prefabbricate. Il completamento delle forniture delle attrezzature elettromedicali sarà ultimato una volta completati i lavori.
4. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Semintensiva: tale intervento verrà realizzato al termine della prima fase di lavori del PS e comunque previo rilascio da parte della Direzione Sanitaria dell'area interessata, a seconda delle necessità legate alla pandemia in corso. Al momento sono stati realizzati i lavori in esterno, quali posizionamento degli impianti. Il completamento delle forniture delle attrezzature elettromedicali sarà ultimato una volta completati i lavori.
5. Ospedale di Lugo - n. 4 PPLL di Terapia Intensiva: nel Reparto di Rianimazione sono già stati attivati i quattro posti letto aggiuntivi di terapia intensiva. Gli stessi, allestiti in emergenza, garantiscono la dovuta sicurezza, ma per essere autorizzabili abbisognano di lavori che coinvolgeranno per alcune fasi l'intero reparto comportandone la chiusura. L'intervento sarà eseguito quando si riterrà fattibile la riduzione dei posti letto nonché la chiusura per alcune settimane del reparto.

Nr. 2 interventi con inizio progettazione

1. Ospedale di Ravenna - Adeguamento e ampliamento del Pronto Soccorso: nel corso della seconda ondata pandemica sono emerse diverse criticità nel Pronto Soccorso di Ravenna, tali da rendere

necessarie soluzioni di immediata realizzazione. Inoltre, in considerazione del fatto che le problematiche evidenziate in modo palese nella fase pandemica potessero essere riconducibili anche a criticità precedenti, si è provveduto ad avviare approfondimenti degli aspetti gestionali, organizzativi e strutturali. Gli interventi attuati nel breve periodo hanno rappresentato soluzioni compensative che non risultano però sufficienti per fornire risposte adeguate a lungo termine alle gravi criticità esposte. Tutto ciò ha portato a rivedere il progetto dell'ampliamento del Pronto Soccorso, prevedendo un ingrandimento di circa 800 mq, da realizzarsi mediante una nuova costruzione dove collocare l'area dell'alta/media complessità e l'area dell'OBI. Sono poi previste:

- ✓ la riconversione dell'attuale camera calda di circa 500 mq da dedicare a due aree di attesa/triage separate per percorsi COVID e percorsi "puliti";
- ✓ la modifica, essenzialmente impiantistica, dell'area di circa 400 mq ove attualmente sono collocati i codici gialli, al fine di prevedervi l'area da dedicare esclusivamente ai pazienti COVID, di ricavarvi due box isolati in prossimità dell'ingresso e di avere la possibilità di articolare in sub aree separabili impiantisticamente la restante parte;
- ✓ la conseguente rivisitazione del layout delle restanti aree del PS dedicate alla bassa complessità e al fast track ortopedico per complessivi 1.400 mq;
- ✓ la realizzazione di una nuova camera calda di circa 300 mq.

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

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

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

Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

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

Indicatori e target:

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

L'indice comparativo di performance, che permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale, vede l'Ausl della Romagna (pubblico e privato convenzionato) ottenere una buona performance, attestandosi a 0,99.

Indicatore NSG H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti.

Target: 140 per 1.000 abitanti

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in Ausl Romagna nel 2021 si è attestato a 117,12, pertanto raggiungendo ampiamente l'obiettivo.

Indicatore NSG H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (135 con 10% tolleranza). Target: >= 90%

Tutti i tre Centri attivi in Romagna superano la casistica di 150 interventi anno. In Romagna la % di interventi in reparti sopra soglia si attesta al 99,79% [Fonte: NSG], essendoci stati 3 interventi su 1.398 effettuati in altri reparti.

Indicatore NSG H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. Target: <0,18

Nel 2021 in Romagna il rapporto DRG potenzialmente inappropriati vs appropriati si è attestato sul valore di 0,17 considerando il dato complessivo pubblico e privato desunto da InSIDER. Prendendo in analisi solamente l'attività dei presidi pubblici il rapporto scende su valori prossimi al risultato complessivo regionale che è pari a 0,15.

Indicatore NSG H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.

Target: >= 90%

Nel 2021 la percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni in Romagna è al 92,23%, con performance sotto il target ma prossime all'obiettivo presso gli ospedali di Ravenna (87,1%), Lugo (86,7%), Cesena (88,8%), Riccione (86,2%) [Fonte: InSIDER].

Indicatore NSG H013C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Target: >= 80%

In Romagna, lo standard è garantito in una percentuale aziendale pari all'85,76% [Fonte: NSG].

Controlli sanitari esterni e interni

In merito al tema dei controlli sui DRG e sulla documentazione sanitaria, l'Azienda si è dotata di una struttura operativa trasversale, mediante l'individuazione dei componenti per ogni ambito e di un responsabile di processo che si deve occupare dell'organizzazione e della realizzazione delle verifiche sulla documentazione sanitaria, sia a carico delle UU.OO. ospedaliere sia di quelle delle Strutture Private Accreditate. I controlli sono mirati, oltre che alla verifica della corretta compilazione della documentazione, anche alla valutazione sull'appropriatezza di utilizzo delle diverse strutture organizzative. Tale struttura di controllo poi predispone un periodico ritorno degli esiti delle verifiche che viene condiviso con tutte le UU.OO. e infine organizza incontri mirati con singole realtà in caso di situazioni particolari, al fine di correggere gli eventuali comportamenti inappropriati.

Indicatori e target:

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

Dato in fase di elaborazione.

Codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera

L'Azienda ha provveduto a dare applicazione alle indicazioni contenute nel DM 28.10.2020 al fine di Integrare i sistemi di classificazione della scheda di dimissione ospedaliera per la remunerazione delle prestazioni in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).

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

In relazione agli obiettivi di facilitazione all'accesso delle prestazioni chirurgiche contenuti nella DGR 1770/2021, l'Ausl della Romagna ha realizzato il Progetto *HPR – Health Process Reengineering* – con il coinvolgimento di tutti i professionisti del percorso chirurgico. Tali professionisti, suddivisi in 4 gruppi di lavoro, hanno individuato le priorità e gli strumenti organizzativi/tecnologici correlati per il loro raggiungimento:

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

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

Per quanto riguarda l'attività chirurgica svolta in Ausl della Romagna nel corso del 2021, relativamente agli interventi monitorati a livello regionale, si riporta di seguito una sintesi di confronto con i due anni precedenti:

Gruppo di Interventi monitorati Regione E-R	Anno 2019			Anno 2020			Anno 2021			Diff. 2021-2020	Var % 2021-2020
	N° Dimessi	N° ricoveri con TDA entro classe	% TDA entro classe	N° Dimessi	N° ricoveri con TDA entro classe	% TDA entro classe	N° Dimessi	N° ricoveri con TDA entro classe	% TDA entro classe		
01 - Tumore	3.045	2.818	92,5%	2.748	2.527	92,0%	2.960	2.748	92,8%	221	1,0%
02 - Altri Interventi	9.505	8.266	87,0%	6.817	5.599	82,1%	8.599	6.927	80,6%	1.328	-1,9%
03 - Protesi Anca	2.432	2.354	96,8%	2.057	1.957	95,1%	2.490	2403	96,5%	446	1,4%
TOTALE ROMAGNA	14.982	13.438	89,7%	11.622	10.083	86,8%	14.049	12.078	86,0%	1.995	-0,9%

Fonte: SDO

Rispetto alla performance complessiva si evince che nel 2021 il totale degli interventi effettuati entro i tempi di attesa della classe di priorità assegnata è stato pari all'86%, rispetto all'89,7% (- 3,7%) del 2019 e all'86,8% (-0,8%) del 2020. Va anche sottolineato che la capacità produttiva chirurgica totale aziendale (urgenza + elettivo) nel 2021 ha raggiunto circa il 95% di quella del 2019, raggiungendo l'obiettivo di arrivare almeno al 90% fissato dalle indicazioni regionali.

Relativamente agli interventi rimandati, l'attività di recupero delle liste di attesa è stata avviata già nel corso dell'estate del 2020, per poi proseguire nel 2021 compatibilmente con l'andamento dell'emergenza pandemica.

La distribuzione per classe di priorità dei 3.683 interventi scaduti al 31.12.2020 riporta i seguenti volumi:

- 6% in classe A (entro 30 giorni --- dovuto probabilmente ad errata codifica),
- 13% in classe B (entro 60 giorni),
- 34% in classe C (entro 180 giorni),
- 48% in classe D (oltre i 180 giorni).

Nello specifico, gli interventi *oggetto di monitoraggio da parte della Regione* scaduti al 31.12.2020 sono risultati appartenenti alla tipologia:

- Riparazione Ernia Inguinale,
- Colecistectomia laparoscopica,
- Emorroidectomia,
- Tonsillectomia.

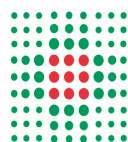
Invece, gli interventi *non monitorati dalla Regione* (ma che rappresentano il 43% degli interventi scaduti al 31.12.2020) sono appartenenti alla tipologia:

- Stripping vene,
- Settoplastiche,
- Circoncisione,
- Altra prostatectomia transuretrale,
- Asportazione radicale di lesione della cute (Lipomi/Cisti Sebacee),
- Cataratta,
- Arteriografia di arterie cerebrali.

Per quanto riguarda l'attività svolta presso il privato accreditato, si riporta la sintesi relativa all'attività chirurgica svolta da professionisti aziendali nel corso del 2021, con l'obiettivo di alleggerire le liste di attesa in corso di emergenza sanitaria COVID19, come previsto nell'Accordo Quadro locale finalizzato a regolamentare le diverse modalità di coinvolgimento dell'Ospedalità Privata Accreditata nella gestione della rete ospedaliera durante le diverse fasi di diffusione del contagio da SARS-COV2.

In sintesi, nel 2021 sono stati svolti complessivamente 352 interventi, di cui 79 presso Villa Maria Cecilia di Cotignola (di cui 2 di Chirurgia Toracica e 77 di Interventi sul Sistema Nervoso Periferico) e 273 presso Villa Serena di Forlì (di cui 137 di Chirurgia Generale e 136 di Otorinolaringoiatria).

L'attività è poi continuata anche nel primo trimestre 2022 fino al termine dell'emergenza sanitaria COVID-19 decretata dal Governo.



VILLA MARIA CECILIA - ANNO 2021			Residenza							
PDE Dim	DRG c	DRG desc	Altre Ausl della Regione		Fuori Regione		RESIDENTE		TOTALE	
			N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO
19131 - 11-FO CHIR. TORACICA C/O CDC VILLA MARIA CECILIA	075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE					1	7.426,06	1	7.426,06
	408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZiate CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC					1	9.501,16	1	9.501,16
19131 - 11-FO CHIR. TORACICA C/O CDC VILLA MARIA CECILIA Totale							2	16.927,22	2	16.927,22
429363 - 42-FA CHIR. SISTEMA NERVOSO PERIF. C/O CDC VILLA MARIA CECILIA	075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	1	7.426,06	1	7.426,06			2	14.852,12
	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE					3	561,00	3	561,00
	497	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC			3	36.505,14	6	73.010,27	9	109.515,41
	498	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVIC	4	39.973,53	6	59.960,29	23	229.847,79	33	329.781,61
	499	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC					1	5.125,53	1	5.125,53
	500	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO I	2	5.930,60	2	5.930,60	15	44.479,52	19	56.340,73
	520	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC			1	7.580,02	6	45.066,96	7	52.646,98
	532	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC					1	6.793,58	1	6.793,58
	546	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIATIONE DELLA COLONNA			2	32.960,37			2	32.960,37
429363 - 42-FA CHIR. SISTEMA NERVOSO PERIF. C/O CDC VILLA MARIA CECILIA Totale			7	53.330,19	15	150.362,48	55	404.884,65	77	608.577,32
Totale complessivo			7	53.330,19	15	150.362,48	57	421.811,87	79	625.504,55
La SDO Pubblica comprende quella casistica emergenziale Covid di tipologia A nella quale il Personale Chirurgico Ausl opera in Struttura Privata										
La tariffazione concordata è al 15% di sconto sul DRG Regionale										
VILLA SERENA - ANNO 2021			Residenza							
PDE Dim	DRG c	DRG desc	Altre Ausl della Regione		Fuori Regione		RESIDENTE		TOTALE	
			N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO	N° SDO	IMPORTO FATTURATO
19090 - 11-FO CHIRURGIA DEGENZA C/O CDC VILLA SERENA	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC					57	61.933,17	57	61.933,17
	394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMPOIETICI					1	1.349,09	1	1.349,09
	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE					3	561,00	3	561,00
	494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE CO			1	2.408,70	75	129.182,96	76	131.591,66
19090 - 11-FO CHIRURGIA DEGENZA C/O CDC VILLA SERENA Totale					1	2.408,70	136	193.026,21	137	195.434,92
19380 - 11-FO ORL DEGENZA C/O CDC VILLA SERENA	053	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17 ANNI			1	1.707,74	2	3.415,49	3	5.123,23
	055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA					1	1.096,96	1	1.096,96
	056	RINOPLASTICA	2	2.934,63	6	9.523,52	77	115.861,64	85	128.319,78
	057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCE	1	740,56			3	2.221,89	4	2.962,25
	059	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ET	1	819,46	2	1.638,92	16	12.472,16	19	14.930,54
	060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18 ANNI					5	2.719,37	5	2.719,37
	169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC					1	925,28	1	925,28
	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE					2	374,00	2	374,00
19380 - 11-FO ORL DEGENZA C/O CDC VILLA SERENA Totale			4	4.494,65	9	12.870,18	107	139.086,59	120	156.451,42
19382 - 11-FO ORL DH C/O CDC VILLA SERENA	055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA			1	1.371,19			1	1.371,19
	073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NA	1	105,80	7	740,60	7	740,60	15	1.586,99
19382 - 11-FO ORL DH C/O CDC VILLA SERENA Totale			1	105,80	8	2.111,79	7	740,60	16	2.958,19
Totale complessivo			5	4.600,45	18	17.390,68	250	332.853,40	273	354.844,52
SINTESI SDO PUBBL. 2021										

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

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

Nel complesso di quest'area di analisi, la performance nel 2021 dell'Azienda USL si attesta al 92,8% di interventi oncologici erogati entro i tempi della classe di priorità (era 92,5% nel 2019 e 92% nel 2020) mentre il dato medio regionale è al 77,7% (era 89,3% nel 2019 e 85% nel 2020). Il numero complessivo di interventi è passato dai 3.062 effettuati nel 2019 ai 2.761 del 2020 per poi ricrescere a 2.965 del 2021 (-3,2% il raffronto 2021 vs 2019. Fonte: Siver).

Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio PRGLA. Target: fino al 10% in meno rispetto alla performance di erogato entro i tempi del 2019

Rispetto agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio regionale, la performance di erogato entro i tempi di attesa nel 2021 si è attestata all'81,1% rispetto all'87,1% del 2019 (-6%), rientrando pertanto nel target fissato dalla regione in un gap non superiore al 10% fra i due anni [Fonte: Siver].

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

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

L'indicatore che valuta la copertura del flusso SIGLA rispetto al flusso SDO per gli interventi oggetto di monitoraggio pone l'Ausl Romagna al 72,7% di corrispondenza, non raggiungendo l'obiettivo ma ponendosi al di sopra del dato medio regionale pari al 68,35% [IND0900 - Fonte: Siver].

Indicatori e target: volume degli interventi chirurgici per azienda produttrice

Attuazione del Piano Operativo di Recupero degli interventi chirurgici rinviati durante il 2020, a causa della Pandemia Covid-19. Target: almeno 80%

Dei 30.928 interventi in lista di attesa al 31.12.2020, alla data del 28 gennaio 2022 risultavano ancora in attesa 3.683 interventi scaduti, con un recupero delle liste che si è attestato intorno all'88% degli interventi rimandati durante l'ondata pandemica del 2020 (l'obiettivo assegnato dalla regione di recuperare almeno l'80% è stato rispettato). [Fonte: rendicontazione aziendale].

3.4. Reti di rilievo regionale

3.4.1. Rete cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare

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

Nel 2021 si è ripresa la regolare attività settimanale con 3 procedure per seduta; inoltre, durante l'anno sono state effettuate sedute aggiuntive straordinarie per fronteggiare le urgenze cliniche che si sono presentate.

In totale nel 2021 sono stati trattati con TAVI 167 pazienti; con questa numerosità si è riusciti a mantenere una lista d'attesa compresa tra 8-10 settimane, in linea con il documento delle Linee Guida della Regione Emilia-Romagna.

Indicatori e target

Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno. Target 2019

La casistica ha un trend di costante crescita dovuta sia ai positivi risultati della procedura sia al contemporaneo allargamento dell'indicazione alla TAVI, da parte della Società Europea di Cardiologia, ai pazienti di età uguale e superiore a 75 anni, mentre in precedenza era prevista da 80 in avanti.

A fronte dei 40 interventi effettuati nel 2019 (anno di avvio dell'attività), nel 2020 se ne sono realizzati 86 (nonostante i 4 mesi di sospensione dell'attività a causa del Covid) e nel 2021 si è arrivati a 167 (rendicontazione aziendale).

Per il 2022 si stima una necessità minima di 180 procedure per soddisfare i pazienti afferenti alle Cardiologie Pubbliche dell'AUSL Romagna.

Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico.

La partecipazione ai gruppi di lavoro regionali è stata garantita.

3.4.2. Rete dei Centri di Senologia

Il tumore al seno è responsabile del 29% dell'incidenza dei tumori maligni tra le donne e del 15% della relativa mortalità. Dalla metà degli anni '90 in Emilia-Romagna è attivo il programma di screening mammografico, rivolto a tutte le donne residenti/domiciliate dai 45 ai 74 anni. Per migliorare ulteriormente il percorso di screening e favorire tempestività nella diagnosi, l'erogazione di cure innovative e una presa in carico multidisciplinare ed altamente specializzata, la Regione ha attivato su tutto il territorio

una rete di 12 Centri di senologia per la prevenzione e la cura del carcinoma mammario. In Romagna, dove risiedono oltre 575.000 donne e vengono effettuati circa 1.400 interventi di carcinoma della mammella l'anno, in coerenza con il Piano di Riordino Ospedaliero dell'Azienda USL della Romagna e con la delibera regionale di riorganizzazione dei Centri di Senologia, sono stati istituiti 3 Centri di Senologia nei presidi ospedalieri di Forlì, Santarcangelo di Romagna e Ravenna.

Indicatori e target:

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

Tutti i tre Centri attivi in Romagna superano la casistica di 150 interventi anno. In Romagna la % di interventi in reparti sopra soglia si attesta al 98,71% (Fonte: InSIDER), essendoci stata la necessità di realizzare 16 interventi su 1.396 presso altri reparti.

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

La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella rientra nell'obiettivo prefissato essendosi attestato nel 2021 al 5,53%, con valori entro il range previsto sui centri di Ravenna: 4% e Forlì: 4,4% e leggermente al di sopra per il centro di Santarcangelo: 7,4% [Fonte: Siver].

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

Dato non disponibile su InsidER, in elaborazione a livello interno.

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

Dato non disponibile su InsidER, in elaborazione a livello interno.

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

Dato non disponibile su InsidER, in elaborazione a livello interno.

3.4.3. Rete dei tumori ovarici

Nel corso del 2021 l'indicatore di volume inerente l'attività di ricovero con DRG chirurgico per tumore ovarico (diagnosi 183x + interventi 653x, 654x, 655x, 656x, 665x, 664, 666, 688) evidenzia un totale di 65 casi trattati in tutto l'ambito aziendale, dato in netta ripresa rispetto all'anno precedente (chiuso con 43 casi), ma non ancora allineato con i dati riferiti al 2019 (71 casi trattati). Tale andamento della casistica è riconducibile all'impatto che la pandemia da SARS-Cov2 ha avuto sull'accesso alle cure, risultando di fatto in linea con la media nazionale che ha visto un calo di circa il 18% degli interventi chirurgici per patologia oncologica nel corso del biennio 2020-2021.

Indicatori e target:

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

Nel corso del 2021 si è realizzata la concentrazione della casistica nei due poli oncologici aziendali per il trattamento della patologia ovarica (Forlì e Rimini) con 54 casi su un totale di 65 (83%). Tale riscontro è indicativo del fatto che presso le sedi di riferimento sia attivo un approccio multidisciplinare e che i differenti ambiti collaborino nella costituzione di una rete aziendale.

3.4.4. Rete per la terapia del dolore

L'azienda, nell'ambito della terapia del dolore, nel corso del 2021 ha provveduto a:

- formalizzare il PDTA per la presa in carico dei pazienti con dolore cronico, la cui evidenza documentale sarà prodotta nel 2022;

- definire i criteri condivisi ed uniformi per l'eleggibilità e l'accesso alla terapia del dolore con agopuntura in tutti gli ambiti territoriali, in base a quanto previsto dall'OMNCER con delibera 2014 del documento GPG/2014/721, rispetto a:
 - ✓ Dolore ricorrente o cronico muscolo scheletrico lombare
 - ✓ Profilassi della cefalea muscolo tensiva
 - ✓ Profilassi della cefalea emicranica
- Definire ed avviare il percorso per l'accesso condiviso ed omogeneo dei professionisti individuati per metodica di impianto dei neurostimolatori midollari tramite:
 - ✓ attivazione del percorso di omogeneizzazione e selezione del paziente candidato ad impianto di SCS presso centro Hub
 - ✓ definire le modalità di invio e presa in carico per la fase di selezione ed arruolamento presso l'ambulatorio ad alta complessità collocato all'ospedale di Ravenna
- istituire il *"Programma Contrasto Del Dolore Acuto e Cronico"* che prevederà, tra l'altro, la creazione di un **CPS/Chronic Pain Service**, servizio integrato ed afferente alla UO di Terapia Antalgica Romagna costituita da un'equipe medico/infermieristica, presente in ogni ambito, che, basandosi sul modello delle reti cliniche integrate, rappresenti un'interfaccia di collegamento tra l'ospedale e il territorio per la cura e la gestione della cronicità.

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

Indicatori e target:

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

In Romagna la percentuale di ricoveri con almeno una rilevazione del dolore nel corso del 2021 si è attestata al 85,9% a fronte di un dato regionale del 88,7%. Presso gli ospedali di Cesena, Rimini, Cattolica e Novafeltria si riscontrano le performance più negative, con valori inferiori all'82% [Fonte: SivER].

Attuazione delle Indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico emanate in corso di anno

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

3.4.5. Reti per le patologie tempo-dipendenti

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

In Ausl Romagna i centri che effettuano PTCA primarie sono stati individuati presso gli ospedali di Ravenna, Forlì, Rimini. Nell'ambito di Forlì e Cesena è presente un team unico di emodinamica che opera sulle due sedi ospedaliere, mantenendo l'urgenza presso l'ospedale di Forlì. Nella sede di Cesena la risposta in urgenza è garantita per alcune tipologie di casi: pazienti afferenti al Trauma Center con IMA, pazienti

sottoposti a ECLS, valutazioni di diagnostica angiografica richieste dal protocollo per la donazione di organi, pazienti con IMA nel corso di un ricovero ospedaliero.

Nel corso del 2021 le degenze cardiologiche e le UTIC hanno contribuito a far fronte alla pandemia da CoViD e in alcune fasi più critiche (all’inizio dell’anno) le attività di Cesena sono state trasferite in parte nella sede di Forlì. Tutte le situazioni di emergenza urgenza sono state garantite e dalla fine di marzo vi è stato il ripristino completo delle attività.

Indicatori e target:

Volumi IMA per struttura – Target: ≥ 100 casi/anno

Tutti gli stabilimenti hanno superato il valore soglia di 100 interventi all’anno per infarto miocardico acuto, con la percentuale Aziendale di interventi in reparti sopra soglia che si attesta al 99,85% nel 2021 per 3 casi effettuati negli ospedali di Novafeltria (2) e Cattolica (1) [Fonte: InSiDER].

Volumi PCTA – Target: ≥ 250 /anno

La rilevazione annuale evidenzia che in tutti gli ospedali si rispettano i volumi previsti dal DM70 di almeno 250 interventi all’anno di Angioplastica Coronarica Percutanea, con l’eccezione di Cesena che resta sotto soglia con 106 interventi. La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 96,35% [Fonte: InSiDER].

Volumi PTCA primarie – Target: ≥ 75 (proporzione di PTCA primaria $\geq 65\%$)

La rilevazione annuale evidenzia che anche per l’Angioplastica Coronarica Percutanea primaria per IMA-STEMI si rispettano in tutti gli ospedali i volumi previsti dal DM70 di almeno 75 interventi all’anno, con l’eccezione di Cesena (8 interventi). La percentuale di interventi sopra soglia è pertanto del 98,84% [Fonte: InSiDER].

Trauma Center

Anche nel 2021, sebbene in maniera meno significativa rispetto al 2020, la pandemia ha contribuito a far ridurre i grandi traumi (della strada e lavorativi). È invece continuato il trend in incremento delle centralizzazioni totali (primarie e secondarie).

Indicatori e target:

Volumi per Trauma center – Target: ≥ 240 /anno

I ricoveri per trauma in terapia intensiva nel Trauma Center sono stati 272, superando quindi il target previsto di almeno 240 traumi all’anno [Fonte: Rilevazione aziendale]

Rete ictus

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

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

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

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

La percentuale dei casi di riabilitazione post ictus in reparto di Riabilitazione Intensiva cod 056 risulta in linea con gli anni precedenti. La riabilitazione dei pazienti con ictus viene effettuata anche nel regime

estensivo nelle lungodegenze cod 60; tale tipologia di degenza è ben identificata all'interno dei posti letto di lungodegenza-post-acuti e dedicata ai pazienti provenienti dalla neurologia. Molto utilizzato è anche il percorso riabilitativo ambulatoriale e al domicilio del paziente in relazione alle necessità assistenziali.

Indicatori e target:

% di casi di stroke con centralizzazione primaria – Target: >80%

Nel 2021 la percentuale di stroke con centralizzazione primaria in Romagna è al 86,81% [Fonte: InSiDER].

% transiti in stroke unit – Target: >65%

La percentuale di transiti in stroke unit nel 2021 in Romagna è al 68,54%, mentre il dato regionale è al 62,19% [Fonte: InSiDER].

% trombolisi e.v. – Target: >15%

Nel 2021 la percentuale di trombolisi e.v. in Romagna è al 21,65%, con performance oltre il target presso tutti gli ospedali (al limite lo stabilimento di Forlì che raggiunge la percentuale del 15,63%) [Fonte: InSiDER].

% intra-arteriosa. – Target: >5%

La percentuale di intra-arteriosa nel 2021 in Romagna è al 35,36%, con attività centralizzata presso l'ospedale di Cesena [Fonte: InSiDER].

% riabilitazione post-stroke codice 56 – Target: >9%

La percentuale di riabilitazione post-stroke codice 56 nel 2021 in Romagna è al di sotto del target atteso e precisamente sul valore di 7,43%. L'indicatore raggiunge l'obiettivo solo presso gli ospedali di Riccione e Forlì [Fonte: InSiDER].

3.4.6. Rete Neuroscienze

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

È stato recepito il Documento di Indirizzo per l'organizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della persona con Malattia di Parkinson in Emilia-Romagna, smistato dalla Direzione in data 7.6.21. Entro il 21.6.21 sono state inviate le osservazioni richieste.

È stato successivamente discusso in sede di Dipartimento Neuroscienze l'organizzazione del tavolo di lavoro per la definizione di un PDTA Aziendale che sarà completato entro il 2022 e che sarà licenziato presumibilmente entro i primi mesi 2023.

Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “Demenza giovanile” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno

È stato recepito il documento Linee di Indirizzo per l'organizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della persona con Demenza ad esordio precoce nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna deliberato in data 6.12.21.

E' già stato definito il tavolo di lavoro per la costituzione del PDTA individuando come referente clinico la Dott.ssa Susanna Malagù.

La definizione del PDTA è inserita negli obiettivi di budget 2022 con realizzazione entro maggio 2022.

Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA OSAS “Apnee Ostruttive nel Sonno” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno

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

Allo stato attuale è stato istituito un tavolo interdisciplinare con i professionisti delle discipline ORL e Pneumologia, che avranno in carico la responsabilità del percorso, in merito alla fattività di attivazione di un ambulatorio multidisciplinare.

3.4.7. Rete Malattie Rare

I Centri di riferimento per le malattie rare anche nel corso della pandemia si sono impegnati a garantire le funzioni ad essi attribuite utilizzando anche modalità da remoto per i controlli e, in alcuni casi, attivando terapie domiciliari.

Nel corso del 2021 l'Azienda, come richiesto dalla Regione, ha provveduto alla ricognizione delle attività svolte dai propri professionisti e ha individuato possibili nuovi centri di riferimento e/o ulteriori patologie inviando le candidature nei tempi previsti.

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

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

Fibrosi Cistica

Il tempo di attesa per il primo accesso è di pochi giorni, molto spesso il primo accesso avviene contestualmente alla richiesta.

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

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

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

La consulenza psicologica è garantita dallo psicologo dedicato.

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

Malattie Emorragiche Congenite (MEC)

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

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

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

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

Sono continuati gli incontri con gli altri Centri regionali per la definizione delle modalità della pronta disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza.

3.4.8. Rete dei Tumori Rari

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

3.4.9. Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CCP)

Il percorso di un bambino cronico passa attraverso alcuni nodi focali che sono garantiti nella Rete delle Cure costituita dall'ospedale, dal territorio e dai centri specialistici di 3 livello/Hospice-Day Care e dalle due interfacce PUAP e UVMP. Un Case Manager garantisce l'andamento dei percorsi clinici-terapeutici garantendo supervisione al percorso di cura.

Ogni ambito Territoriale dell'Azienda della Romagna (Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini) ha sviluppato la seguente organizzazione, così da garantire il funzionamento di Rete:

Il nodo Ospedale

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

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

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

Il nodo Territorio

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

A livello territoriale:

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

Centri di terzo livello, Hospice, Day Care:

Su questo nodo:

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

Indicatori e target:

Individuazione dei responsabili della UVMP e del PUAP

I responsabili della UVMP e del PUAP sono stati individuati per ambito provinciale dell'azienda (Ravenna, Forlì/Cesena e Rimini).

Garanzia del conferimento dei dati richiesti

I dati richiesti sono regolarmente e tempestivamente conferiti

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

L'Azienda garantisce la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio ed implementazione della rete per le CPP attraverso il referente individuato: Nardini Chiara, responsabile infermieristico aziendale Ausl della Romagna, Gruppo di coordinamento per le CPP (protocollo n. 0225688/P del 03/09/2019).

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

Per ogni ambito territoriale sono presenti un medico ed un infermiere formati in CPP o con un percorso formativo in corso (Master CCP – Bologna).

3.4.10. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Presso l'AUSL della Romagna è strutturato ed attivo un protocollo di screening neonatale per le malattie endocrine e le malattie metaboliche ereditarie. I dati relativi agli indicatori monitorati sono in fase di predisposizione da parte del centro regionale screening e saranno analizzati non appena disponibili.

Indicatori e target:

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

Dati in fase di predisposizione

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

Dati in fase di predisposizione

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

Dati in fase di predisposizione

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

Dati in fase di predisposizione

3.4.11. Screening neonatale oftalmologico

Indicatori e target:

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

Lo screening oftalmologico è attivo in tutti i punti nascita aziendali

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

Solo in due dei quattro ambiti territoriali dell'Ausl della Romagna i punti nascita si sono dotati di Istruzioni Operative condivise tra le UUOO Neonatologia/Pediatria e Oculistica, all'interno delle quali sono identificate le competenze dei singoli servizi, definite le modalità di esecuzione dello screening visivo a tutti i nuovi nati e stabilite le indicazioni all'esecuzione di una visita specialistica oftalmologica.

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

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

Per il 2022 è prevista la redazione di una procedura condivisa aziendale in rete con gli oculisti i PLS.

3.5. Centri di riferimento regionali

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

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

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

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

In Azienda sono operativi gli ambulatori di secondo livello nella sede di Rimini e quelli di primo livello a Cesena, Ravenna e Forlì. Si stanno concludendo i percorsi per l’accesso delle pazienti, prevedendo in tutti gli ambiti la prenotazione tramite CUP (al momento alcune agende sono autogestite).

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

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

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

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

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

3.6. Volumi-esiti

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

Indicatori e target:

Colecistectomia laparoscopica: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura – Target: ≥ 100 /anno

In tutte le strutture ospedaliere aziendali deputate (ad eccezione degli ospedali di Lugo e Faenza, in cui si sono effettuati rispettivamente 68 e 80 interventi) viene garantito il numero minimo di 100 colecistectomie, con un dato per le strutture pubbliche del 83,03% di interventi in reparti sopra soglia, decisamente al di sopra del dato complessivo regionale che è del 69,19% [Fonte: Siver].

numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura – Target: ≥ 75 /anno

Nel 2021 è stato garantito il 99,1% di interventi in reparti sopra soglia (2095 su 2.114 interventi) [Fonte: Siver].

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

Dati in fase di elaborazione

interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore dall'ammissione in reparto – Target: >=70%

In Romagna, lo standard è garantito da tutte le strutture con l'eccezione dell'ospedale di Lugo che si attesta al 65,82%. Nel complesso la percentuale aziendale è del 80,63% [Fonte: Siver].

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg -Target: >=75%

La rilevazione dell'attività del 2021 mostra un allineamento di tutte le strutture pubbliche aziendali ben al di sopra del 75%, con una media del 92,23% [Fonte: Siver].

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

3.7. Emergenza ospedaliera

L'area dell'emergenza-urgenza nel periodo pandemico ha dedicato particolare cura alle necessità di separare i percorsi ed i flussi dei pazienti dal Pronto Soccorso verso il Presidio Ospedaliero ed il domicilio. Questo ha portato alla realizzazione di importanti modifiche strutturali ed organizzative, la cui operatività è stata codificata all'interno del manuale aziendale Covid ed alle relative procedure applicative, orientate soprattutto:

- alla stratificazione del rischio, attraverso l'individuazione di percorsi a basso, medio ed elevato rischio COVID;
- alla realizzazione di aree di filtro in attesa del completamento diagnostico e del ricovero;
- alla definizione di percorsi di dimissione con interfaccia ed integrazione con il territorio in tutti i Presidi Ospedalieri.

Rispetto dei tempi di attesa

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

In tutte le sedi di Pronto Soccorso DEA di 1 e 2 livello si è inoltre potenziata l'attività di Osservazione Breve Intensiva, con percentuale di pazienti che accedono al ricovero dopo periodo di Osservazione Breve passate dal 24% al 42%.

Indicatori e target:

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

La percentuale di accessi con permanenza <6h + 1h nei PS con meno di 45.000 accessi nel 2021 si è attestata al 89,6%. Tutti i PS/PPI raggiungono il target con l'eccezione di Riccione (82,08%) e Lugo (82,32%). Il risultato è in linea con il dato medio regionale pari al 89,54%.

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

La percentuale di accessi con permanenza <6h + 1h nei PS con oltre 45.000 accessi nel 2021 si è attestata al 76,02%, con valori che vanno dal 63,7% del PS di Ravenna al 90,73% del PS di Cesena. Il risultato si attesta su valori che non permettono di raggiungere l'obiettivo ma prossimi al dato medio regionale fermo al 77,55%.

Implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso

Indicatori e target:

Avvio della rilevazione del codice azzurro secondo le indicazioni regionali

L'introduzione della nuova procedura triage a 5 codici ha preso avvio dal 12 ottobre 2021.

Adeguamento dei sistemi informativi per la rilevazione degli indicatori di performance

Parallelamente all'introduzione della nuova procedura di triage si è intervenuti sull'adeguamento dei sistemi informativi al fine di continuare a garantire la corretta e tempestiva rilevazione degli indicatori di performance.

Partecipazione al programma formativo finalizzato all'implementazione del nuovo sistema di Triage

Il personale individuato ha garantito la partecipazione sia ai gruppi di lavoro sia alla formazione finalizzate all'implementazione del nuovo sistema di Triage.

Centrali operative 118 ed emergenza territoriale

Indicatori e target:

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

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

Interoperabilità flussi

Indicatori e target:

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

Il collegamento è stato attivato per tutti i PS della Romagna fatta eccezione per Forlì, in quanto dispone di un sistema diverso da quello standard aziendale e pertanto sarebbe risultato antieconomico sviluppare le integrazioni su un sistema ritenuto obsoleto. Si prevede che anche Forlì sia allineata nel corso del 2022.

3.8. Attività Trasfusionale

Contributo all'autosufficienza

Il perdurare delle difficoltà di tipo logistico-organizzativo dovute alla pandemia, non ha impedito anche nel 2021, in collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori, di fare fronte alle richieste locali di emocomponenti e di continuare a contribuire efficacemente all'autosufficienza regionale e nazionale.

- Nel 2021 sono state raccolte 54.004 unità di emazie, 46.939 sono state utilizzate ad uso trasfusionale nel territorio di AUSL Romagna.
- Sempre nel corso del 2021 sono state cedute da AUSL Romagna, a fronte di una richiesta programmata di 4.940 unità di emazie, 6.418 unità di emazie, pari al 129% del pattuito con il centro regionale sangue, 612 unità in assoluto in più rispetto a quanto ceduto nell'anno 2020.
- Sempre nel corso del 2021 sono state inoltre cedute alla compensazione 777 unità di plasma da aferesi e 81 concentrati piastrinici.
- A fronte delle oltre 6.400 unità distribuite, sempre nel corso del 2021 nessuna unità di emazie è stata richiesta dal sistema sangue di Ausl Romagna.

Attivazione delle Strutture Trasfusionali di Ausl Romagna per la raccolta e disponibilità di plasma iperimmune (Covid Convalescent Plasma - CCP)

Il sistema sangue di Ausl Romagna ha avuto un coinvolgimento diretto nel progetto della Rete Trasfusionale dell'Emilia-Romagna che ha permesso di affrontare l'emergenza epidemiologica, strutturando percorsi uniformi sia all'interno delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti che nell'Officina Trasfusionale della Romagna.

Sono state acquisite le attrezzature per lo stoccaggio delle unità raccolte e lavorate, garantendo la sicurezza trasfusionale. Inoltre, grazie all'impegno nella realizzazione di integrazioni software, il sistema è stato in grado di tracciare e registrare tutti i dati e i relativi risultati senza registrazioni manuali.

L'Officina Trasfusionale della Romagna ha partecipato regolarmente alle attività di rendicontazione regionale comunicando settimanalmente il numero di donatori reclutati per la donazione del CCP; il numero di donazioni idonee al CCP (PRNT \geq 1:80); il numero di unità PCC trasfuse

nel corso dell'anno 2021 sono state raccolte e sottoposte a screening, con l'obiettivo di stoccare plasma iperimmune, 263 unità di plasma da aferesi ad uso clinico e 48 unità di plasma da scomposizione. Di queste sono risultate idonee con titolo \geq 40 36 unità che sono state stoccate in spazi dedicati come da richiesta del CNS, ad oggi risultano in giacenza 6 unità di plasma da aferesi di volume 700 ml. La richiesta dei reparti nel 2021 di questo prodotto è stata di 16 frazioni con volume pari a 200 ml, distribuite dopo procedura di virus inattivazione eseguita in Officina Trasfusionale.

Predisposizione di documentazione per regolamentare, al bisogno, l'utilizzo clinico di plasma convalescente anti SARS CoV-2.

Ausl Romagna ha autorizzato con determina N. 1714 del 20.05.2020N. 3106 la partecipazione allo studio Tsunami " Plasma Da Donatori Guariti Da Covid-19 come Terapia Precoce per Pazienti con Polmonite da Sars-Cov2: Studio Multicentrico Randomizzato Controllato In Aperto".

Si è poi proceduto a rendere ufficiale la procedura di Comitato di Programma Sangue e Plasma, "Produzione di Convalescent Plasma anti SARS-CoV2", P33 _PSP, contenente i criteri di reclutamento, la gestione delle unità, compresi i sistemi di riduzione dei patogeni, la qualificazione biologica, la loro etichettatura e la richiesta di Covid Convalescent Plasma CCP da parte dell'unità clinica.

Produzione di medicinali plasmaderivati

L'anno 2021, per Ausl Romagna come per tutta la regione, è stato caratterizzato da un incremento nel consumo di emazie, 46.939 unità trasfuse nel 2021 vs 45.151 unità del 2020, il consumo è stato maggiore anche rispetto al 2019 (46.472). In particolare, nel bimestre giugno-luglio 2021 si è verificato un incremento delle richieste di emazie, costantemente superiore alla media annuale, ciò ha comportato obiettivi di raccolta indirizzati alla raccolta di sangue intero per sopperire alle aumentate richieste. Si tratta del periodo estivo in cui è difficile ricorrere all'aiuto di altri ambiti territoriali regionali e non. Il sistema ha garantito l'autosufficienza in sangue, ciò è stato raggiunto convertendo donazioni di plasma in sangue, per cui il complessivo del plasma ceduto all'industria di plasma-derivazione è lievemente diminuito, a ciò hanno contribuito anche le 777 unità di plasmaferesi richieste e cedute ad uso clinico al CRS. Complessivamente sono stati ceduti all'industria di plasma-derivazione 25.902 litri nel 2021 vs 26.558 litri del 2020, ma il dato del 2021 è in linea con i dati del 2019, che sono stati pari a 25.922 litri ceduti all'industria. Occorre ricordare che il dato del 2021 conduce ad un indicatore in Ausl Romagna di 22 litri/mille abitanti, nettamente superiore alla media nazionale di 14 litri/1000 ab (decreto 27 luglio 2021, Programma di

autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2021). Questo dato, confrontato col valore economico degli emoderivati utilizzati, porta comunque ancora una volta ad individuare il territorio di Ausl Romagna come uno dei pochi in RER con un segno positivo tra valore economico del plasma ceduto (3.975.944,30 €) e valore economico degli emoderivati utilizzati (3.736.635,00 €).

Corretta gestione della risorsa sangue, consolidamento dell'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS.

Nel corso del 2021 è stato insediato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di revisionare la procedura aziendale PA 139 "Gestione della Terapia Trasfusionale – Ausl Romagna" su mandato della Direzione Sanitaria, continuazione delle attività dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (COBUS). Garantire il miglioramento dei percorsi assistenziali del ricevente anche attraverso adeguate metodologie organizzative è uno degli obiettivi del documento senza tralasciare il rispetto di criteri di appropriatezza anche attraverso la consulenza trasfusionale.

Pur con le difficoltà dovute al ciclo pandemico che ha comportato una riduzione degli interventi di chirurgia in elezione, che in coerenza con la PA 194 sono lo specifico campo di applicazione, è continuata l'attività ambulatoriale trasfusionale di supporto. Gli accessi agli ambulatori trasfusionali di infusione del carbossimaltoso ferrico sono quasi dimezzati nel 2020 rispetto al 2019 e ciò si è confermato anche nel corso del 2021, pur con numeri rilevanti, ben oltre i mille pazienti trattati con terapia marziale endovena.

Attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale

È stata redatta la procedura aziendale PA 261 "Gestione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale (EUNT) nella AUSL della Romagna" ufficializzata il 30/07/2021 con lo scopo di garantire il rispetto dell'appropriatezza, permettere il controllo di efficacia terapeutica ed effettuare la corretta emovigilanza secondo le indicazioni della normativa vigente e le linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna nella somministrazione di emocomponenti ad uso non trasfusionale. Inoltre va sottolineato l'intento di chiarire i rapporti di interfaccia tra le U.U.O.O. coinvolte e i ruoli e diverse responsabilità.

Sarà compito delle strutture trasfusionali competenti per territorio verificare periodicamente gli obiettivi di corretta compilazione delle schede di richiesta EUNT e le schede di follow-up dei pazienti trattati.

Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura delle malattie emorragiche congenite;

I centri per la cura delle talassemie hanno partecipato, attraverso i propri operatori, anche nel 2021 alla realizzazione del Documento di pianificazione quadriennale per il trattamento della talassemia e delle emoglobinopatie congenite della Regione Emilia-Romagna. Il documento è stato completato ad inizio 2022. I centri oltre hanno inoltre garantito, attraverso la rete trasfusionale di Ausl Romagna, la disponibilità costante di emocomponenti, ed hanno collaborato con gli hub vaccinali alla stesura di elenchi di pazienti da sottoporre con priorità alla vaccinazione anticovid. L'attuazione di un processo di riorganizzazione delle attività ambulatoriali ha consentito l'accesso in sicurezza ai pazienti, garantendo la terapia trasfusionale anche ai soggetti covid positivi asintomatici/paucisintomatici, modulando l'accesso in orari separati, senza interferire con le attività ambulatoriali e senza creare lacune nella sicurezza.

Anche nel corso del 2021 il Centro delle malattie emorragiche congenite (MEC) ha effettuato le attività di consulenza, visite di controllo, infusioni e prove da carico dei nuovi farmaci, di collaborazione con gli

specialisti, proprie del centro. Nel corso del 2021 è stato programmato l'inserimento in formazione di un medico che sta completando il percorso formativo. I pazienti seguiti ammontano ad oltre 340.

Indicatori e target:

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

Sono stati effettuati periodici incontri, verbali messi a disposizione del Centro Regionale Sangue, di Comitato di Programma Sangue e Plasma di AUSL Romagna. Gli incontri si sono svolti in presenza o in call da remoto a seconda del periodo epidemico nelle seguenti date: 04/02/2021; 30/03/2021; 06/07/2021; 12/10/2021, 06/12/2021. Mensilmente vengono messi inoltre a disposizione del CRS i dati di attività e i dati dei donatori del territorio.

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

Tutte le richieste di attivazione di convenzione per la produzione ed utilizzo di EUNT (Emocomponenti ad uso non Trasfusionale), sono state prese in carico. Il contributo dato dalle strutture trasfusionali riguarda: la stesura dei protocolli operativi; l'attività formativa documentata rivolta al personale sanitario delle strutture private; la verifica ispettiva in loco funzionale all'avvio dell'attività; le verifiche semestrali di mantenimento dei requisiti.

Garanzia dell'attività dei SIMT nel percorso per la donazione del plasma iperimmune: comunicazione al CRS con cadenza settimanale dei dati relativi alle Unità raccolte e trasfuse

Attraverso l'Officina Trasfusionale della Romagna è stata data comunicazione regolare come richiesto dal Centro Regionale Sangue dei dati relative alle unità raccolte, testate per la ricerca di anticorpi immuni anti-covid con relative titolo, stoccate nei frigoriferi e transfuse, suddivise per gruppo ABO.

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

Nonostante alcune difficoltà dovute all'inserimento manuale di un numero rilevante di dati e dei problemi interni al Sistema SISTRA, i flussi sono stati inseriti, completi, nel sistema entro i termini previsti.

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

Nel corso dell'anno 2021 sono stati effettuati 6 incontri di comitato del buon uso del sangue (COBUS) nel territorio di Ausl Romagna. Relazione sintetica dell'attività dei Comitati Ospedalieri per il Buon uso del Sangue è stata inviata, come richiesto al Centro Regionale Sangue.

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

E' proseguito il recepimento delle GPGs, anche a seguito dell'approvazione nel 2021 dei nuovi requisiti di accreditamento e la loro applicazione nello svolgimento delle attività così come nella redazione di nuove procedure, in particolare ponendo attenzione all'analisi del rischio nell'implementazione di nuovi percorsi. Ne danno prova le due verifiche ispettive di parte seconda effettuate dalle industrie di plasma derivazione, Grifols e Kedrion, che fanno parte dell'ATI che si è aggiudicata la gara regionale di lavorazione del plasma. Le due verifiche si sono svolte in data 27 maggio 2021 (Grifols) e 20 luglio 2021 (Kedrion) coinvolgendo l'Officina Trasfusionale e l'UdR Avis Cesena. In entrambe le occasioni non sono state rilevate non conformità ma solo alcune osservazioni minori.

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

Gli obiettivi 2021 assegnati dal CRT all'AUSL Romagna sono stati nel loro complesso raggiunti, come rappresentato dai responsabili del CRT durante l'incontro tenutosi in data 14 marzo 2022.

Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica

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

Con Delibera AUSL n. 338 del 30.12.2020 è stata definita l'organizzazione aziendale con il consolidamento e la piena operatività dei 6 Uffici di Coordinamento Locale già esistenti e la realizzazione del Coordinamento del Presidio di Riccione. E' inoltre in fase di definizione l'organigramma delle posizioni organizzative che riguardano la figura dell'infermiere di coordinamento.

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

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

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

Presso l'Ospedale di Cesena, sede di neurochirurgia, il rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta si è attestato al 56% (40 segnalazioni su 71 decessi).

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

Considerando la media Aziendale delle opposizioni, l'obiettivo è stato raggiunto con una percentuale di opposizioni del 23,5% (16 opposizioni su 68 segnalazioni). Solo il presidio di Lugo non raggiunge il target ma su un numero di eventi non significativo (1 opposizione su 2 segnalazioni).

Numero di donatori di cornee sul totale dei decessi dell'anno 2019 con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER. Target >= 18%

L'obiettivo complessivo Aziendale è stato raggiunto. Rispetto alle singole sedi ospedaliere solo nei presidi di Forlì (-10 donatori rispetto al target) non ha raggiunto l'obiettivo, la sede di Rimini è rimasta sotto la soglia del numero assegnato per 1 solo donatore.

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

L'obiettivo complessivo Aziendale è stato raggiunto, con 14 prelievi (8 in più del 2020).

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

In Ausl Romagna nel corso del 2021, sono state eseguite 10 segnalazioni DCD e 68 a cuore battente, ossia il 14,7%.

3.10. Accredитamento

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare con nota prot. 26/03/2021.0270238.U ha comunicato all'Azienda che fra dicembre 2021 e febbraio 2022 avrebbe effettuato la verifica di sorveglianza biennale al Sistema Sangue Romagna. La verifica si è svolta a cura dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) nelle giornate del 18-19-20-21 gennaio 2022 e secondo i tempi e le modalità previste in tutti e tre i servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e Officina Trasfusionale dell'Azienda Usl Romagna.

La precedente verifica era stata effettuata come da programmazione regionale a Dicembre 2019, con esito positivo comunicato con nota Prot. 21/12/2020.0839046.U del Direttore ASSR.

3.11. Sicurezza delle cure

L'Azienda, anche nel 2021 ha proseguito con l'utilizzo di strumenti di gestione del rischio adattati alle problematiche emerse in fase epidemica, in particolare:

- utilizzo dell'Incident Reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza di attività connesse alla gestione COVID-19 (criticità nei percorsi dei pazienti Covid, nell'uso dei DPI, nella gestione del percorso vaccinale, ecc...);

- effettuazione di visite per la sicurezza/safety walk around (modello regionale Vi.si.t.a.re), presso le sale operatorie dell'Azienda, in modalità integrata Rischio Clinico e Rischio Infettivo;
- osservazioni dirette sul campo, con particolare riferimento all'attività chirurgica (programma regionale OssERvare);
- analisi di processi potenzialmente a rischio nel contesto epidemia COVID-19. Nello specifico, particolare attenzione è stata posta al Piano Nazionale per la vaccinazione antiCOVID-19. È stata infatti effettuata l'analisi dei percorsi vaccinali Covid per la prevenzione di incidenti/errori, utilizzando molteplici strumenti in base alle necessità emergenti (FMEA, FMECA, VISITARE, analisi eventi significativi SEA e RCA).

Oltre alla gestione dell'emergenza, si è colto l'occasione per effettuare analisi approfondite dei cluster epidemici sia ospedalieri che nelle strutture socio sanitarie, da cui è stato possibile rilevare azioni di miglioramento in gran parte messe in campo nel 2020 e 2021 per ridurre il contagio di pazienti e operatori. Al riguardo è stata prodotta la seguente documentazione:

- "Piano Programma per la gestione del rischio e sicurezza delle cure - Sezione dedicata all'epidemia Covid".
- "Relazione annuale rischio infettivo - Report di attività 2020 e Programmazione 2021"
- Piano Programma Gestione del rischio e sicurezza delle cure. Rendicontazione 2020 e programmazione 2021 – 2023.
- Allegato 1 al Piano Programma: Progetto di Risk Assessment per l'analisi dei Cluster da virus Sars-Cov-2 e interventi di miglioramento attuati in Ausl Romagna.
- Allegato 2 al Piano Programma: Visite per la sicurezza presso alcune Residenze Sanitarie per Anziani in Ausl Romagna in relazione all'epidemia Covid-19.
- Obiettivi Piano Programma sicurezza delle Cure 2021 - 2023 modificati in seguito alla pandemia.

Indicatori e target:

Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC in relazione all'epidemia COVID-19 per l'anno 2020, con aggiornamento delle attività previste per il 2021 relative all'applicazione degli strumenti della gestione del rischio

È stato redatto il Piano Programma Gestione del rischio e sicurezza delle cure, con report di rendicontazione dell'attività 2020 e programmazione 2021-2023.

Implementazione linee di indirizzo sulla gestione delle vie aeree nel paziente COVID- 19: emanazione procedura aziendale

È stata definita e pubblicata la procedura aziendale PA257 La gestione delle vie aeree nell'adulto: indicazioni a fronte della pandemia da SARS-CoV-2 rev. 0 del 14-06-2021

Implementazione delle linee di indirizzo regionali sulla prevenzione della violenza su operatori: aggiornamento della procedura aziendale

In Azienda sono attive le procedure PA 95 Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali (rev. 0 del 21.07.2017) e PA 04 Gestione degli eventi avversi e near-miss nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali (rev. 1 del 15.12.2020)

Segnalazione e relativa analisi dei near miss ostetrici (emorragia post-partum, sepsi ed eclampsia): evidenza di effettuazione di significant event audit (SEA)

In tutte le UO di Ostetricia e Ginecologia sono stati realizzati i SEA relativi ai near miss ostetrici segnalati.

Implementazione della check list SOS-net specifica per taglio cesareo in tutti i punti nascita: evidenza di implementazione e garanzia del relativo flusso informativo

È stata introdotta la check list SOS-net specifica per taglio cesareo in tutti i punti nascita con relativa implementazione del flusso informativo regionale.

3.12. Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

In Ausl Romagna la rete degli Specialist Wound Care sul versante della prevenzione delle lesioni da pressione è attiva dal 2015. Costoro si interfacciano e mantengono attiva la Rete Aziendale degli Infermieri esperti presenti in ogni singola UO.

Indicatori e target:

Partecipazione al corso FAD regionale “Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale” da parte dei professionisti sanitari (Medici, Infermieri, Fisioterapisti). Target $\geq 20\%$

Nel corso del 2021 sono stati attivati e proseguono percorsi formativi ad hoc, oltre alla promozione del percorso FAD regionale, la cui effettuazione è stata inserita fra gli obiettivi di budget ed ha riguardato oltre il 20% degli operatori interessati. In casi di particolare criticità vengono effettuate analisi specifiche orientate al miglioramento continuo.

Presenza in ciascuna Azienda Sanitaria di un formatore specialist in wound care

In Ausl Romagna sono presenti 10 Specialist in Wound Care.

Copertura SDO su procedure AHRQ4 – Target: $\geq 90\%$

La copertura SDO su procedure AHRQ4 per il 2021 [Fonte: Siver] si è confermata pari al 97,2%. L’analisi per singolo presidio evidenzia che viene raggiunto l’obiettivo presso tutti gli ospedali.

Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 – Target: $\geq 85\%$

Il linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 per il 2021 è pari al 89,82% [Fonte: Siver – Rilevazione del 23.05.2022] e raggiunge quindi il target atteso. Alcune criticità si osservavano solamente presso l’ospedale di Ravenna, che si attesta all’80% di corrispondenza fra i due flussi.

3.13. Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale

Nel 2021 in Azienda era presente una procedura specifica per ciascun ambito ed è stato nominato dal Direttore Sanitario, in accordo con il Risk Manager, un Gruppo di lavoro multidisciplinare per la realizzazione di un'unica procedura aziendale inerente la gestione della contenzione in ospedale. La procedura PA 271 "Gestione della contenzione in ambito ospedaliero" è stata completata nel dicembre 2021 ed integrata con specifici allegati inerenti:

- interventi per la prevenzione della contenzione;
- la valutazione multidimensionale dei fattori di rischio;
- l'uso appropriato dei farmaci;
- la contenzione nel paziente anziano, nel paziente cardiologico, nel paziente critico neuroleso.

Inoltre, data la vastità dell'Azienda e le molteplici peculiarità, la procedura è stata sperimentata in alcune Unità Operative ed è di prossima diffusione in tutta l'Azienda.

Il percorso formativo regionale FAD è stato reso obbligatorio per i neoassunti entro 6 mesi dall'assunzione ed è stata inserita tra gli obiettivi di budget a tutte le UUOO dell'Azienda.

3.14. Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari

Le linee di indirizzo regionali sulla "Buona pratica di cura degli accessi vascolari" sono state recepite ed adattate localmente all'interno della procedura Aziendale specifica PA 260 - GESTIONE TAV E ATTIVAZIONE DEI TEAM ACCESSI VASCOLARI rev. 0 del 28-06-2021.

La procedura descrive l'organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali inerenti gli Accessi Vascolari ed istituisce i Team di Accessi Vascolari di seguito nominati TAV, per gli ambiti di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, in ottemperanza a quanto definito nella Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 801 del 20/01/2021.

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

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

Il consuntivo 2021 dell'Azienda USL della Romagna registra un utile di esercizio pari ad € 9.532 confermando il rispetto del vincolo di bilancio assegnato alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1770/2021 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie per l'anno 2021".

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

Rispetto agli obiettivi specificamente indicati dalla DGR 1770/2021 si precisa che è stato effettuato nel corso del 2022 il monitoraggio trimestrale sull'andamento del bilancio ed è stata effettuata la verifica straordinaria sull'andamento della gestione aziendale nel mese di settembre 2021. Di tale verifica è stata informata la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

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

4.1.1. *Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR*

Con riferimento all'obiettivo di contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel 2021 l'Azienda ha proseguito la propria attività di efficientamento del ciclo passivo nelle diverse fasi di registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture. I tempi medi di pagamento si sono leggermente allungati attestandosi a -16,53 a fronte dei -21,08 giorni del 2020, rimanendo comunque al di sotto del limite di 60 gg. Previsto dalla normativa. Si è inoltre provveduto ad inviare trimestralmente le tabelle riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali.

4.1.2. *Le buone pratiche amministrativo-contabili*

Anche nel 2021 l'Azienda USL della Romagna ha lavorato nel rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali in materia contabile ed in particolare:

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

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

4.1.3. La regolazione dei rapporti con i produttori privati

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

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

Indicatori e target:

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

Target: 100%

Il Flusso Regionale FCDC- Fatturato case di Cura – Monitoraggio Accordi è stato costantemente alimentato attraverso la piattaforma regionale alle scadenze previste e/o concordate con i Referente Regionale del Flusso. In particolare per l'anno 2021 sono state rispettate le seguenti scadenze per le sessioni del flusso attivate:

- Sessione 1° Semestre 2021 con scadenza al 27/08/2021
- Sessione 10 Mesi 2021 con scadenza al 15/12/2021
- Sessione Anno 2021 con scadenza al 09/03/2022

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

Nel 2021 sono proseguite le attività necessarie all'implementazione del sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC), l'azienda ha condiviso con RTI il cronoprogramma delle attività secondo Piano di Avvio e si è confrontata con lo stesso per verificare le problematiche riscontrate ed individuare eventuali azioni correttive necessarie (SAL del 30/3/2021 verbale prot. 2021/0092431/P del 7/4/2021 SAL del 16/6/2021) tuttavia, anche a causa della pandemia, il progetto esecutivo ha subito uno slittamento significativo e la migrazione integrale delle attività amministrativo contabili dell'AUSL Romagna sul GAAC è stata inizialmente posticipata all'ultimo trimestre 2021.

Sono state svolte le attività propedeutiche alla partenza quali: compilazione e trasmissione dei file di match e delle anagrafiche complesse, analisi dei tracciati di migrazione dati con RTI e fornitori uscenti, con

approfondimenti specifici rispetto ai tempi di fermo macchina e alla gestione del magazzino commerciale di Pievesestina, quantificazione bisogno formativo e programmazione formazione, stima del bisogno di affiancamento, analisi delle integrazioni e predisposizione delle bozze dei documenti, congiuntamente con RTI e con le ditte fornitrici dei programmi da integrare. L'azienda ha partecipato agli incontri della Cabina di Regia, oltre che per i lavori ordinari, anche per le analisi relativi alle MEV rese necessarie a seguito dei confronti con RTI e definite tali dalla stessa.

A seguito della definizione dei tracciati sono stati forniti a RTI i dati per la prima trascrizione di prova.

Vista tuttavia le particolarità e complessità dell'Azienda della Romagna rispetto alle aziende partite, RTI, Azienda e DEC Regionale, a seguito dell'incontro tenutosi in data 02/09/2021, verbale prot. 2021/0265083/P, hanno convenuto sulla necessità di ulteriori approfondimenti necessari alla partenza dell'Azienda. Una prima tipologia ha riguardato la possibilità di una partenza al 1/1/2022 solo con il ciclo attivo. Tale analisi ha dato esiti positivi ma, come comunicato da RTI con nota prot. , la partenza contestuale di altre Aziende ha reso tale ipotesi impraticabile per l'eccessivo effort richiesto a RTI. La seconda tipologia di analisi ha riguardato i principali processi legati al magazzino beni, con particolare riferimento all'emissione ed evasione degli ordini, nonché la gestione dei resi da reparto e a fornitore, alla programmazione e gestione dei viaggi (software Polo 80), all'inventario di reparto, al conto deposito, al calcolo del Prezzo Medio Ponderato (PMP). Le analisi sono state ultimate producendo documenti condivisi e validati.

Nel corso del 2021 l'AUSL Romagna ha comunque:

- garantito la partecipazione costante dei referenti aziendali al Tavolo GAAC;
- assicurato al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema secondo le tempistiche programmate;
- assicurato la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;
- assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC;
- assicurato l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP)

GAAC: governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate

Indicatori e target:

Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%

L'Azienda USL della Romagna ha inoltre garantito l'attività di governo dell'anagrafica centralizzata per i servizi non sanitari e alcuni servizi sanitari (es. Servizi sanitari, trasporti sanitari)

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

Indicatori e target:

Emissione ordine NSO sui beni; target: 100%

L'emissione degli ordini NSO sui beni per il 2021 è rilevato al 99%.

L'1% mancante è derivante dalla ancora non completa adesione a Peppol dei fornitori da inizio anno. Si sottolinea infatti che la normativa prevedeva l'obbligo di indicazione dell'ordine in fattura per le aziende regionali intercompany solo da metà 2021

Emissione ordine NSO sui servizi; target:100%

L'emissione degli ordini NSO sui servizi per il 2021 è rilevato al 59%.

Il residuo mancante è derivante dal fatto che molti fornitori dei Servizi hanno aderito a Peppol solo nel corso del 2021 con l'obiettivo di essere a regime per Gennaio 2022. Il divieto di liquidazione delle fatture prive di indicazione dell'ordine per i servizi infatti è entrato in vigore solo al 01/01/2022.

Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)

Indicatori e target:

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

Il rapporto fra lo stock comunicato dall'ente relativo all'esercizio 2021 (pari a 9,56 mln) e lo stock calcolato dalla PCC (pari a 9,64 mln) è al 99,17%.

Non si ravvedono particolari criticità nell'attività di allineamento complessiva.

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

L'Ausl della Romagna anche nell'anno 2021 ha partecipato alla definizione della programmazione regionale delle procedure di acquisto rappresentate nel masterplan 2021-2022, recepito con determinazione del Direttore Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 3096 del 22/02/2021. Nell'anno 2021 la ripresa delle attività sanitarie ordinarie, la gestione della pandemia da Covid-19 e l'inizio delle vaccinazioni a tappeto della popolazione presente sul territorio, hanno determinato un notevole impatto sull'attività di approvvigionamento anche con riferimento alla predisposizione delle procedure di acquisto. È stato infatti necessario predisporre una completa rideterminazione delle priorità delle gare per far fronte ai fabbisogni dei beni e dei servizi impiegati nella predisposizione dei centri vaccinali, e di isolamento dei positivi alla malattia anche durante i periodi di forte afflusso turistico, considerato che la nostra Azienda è a vocazione turistica sia balneare che collinare. Inoltre, anche nel 2021, la prosecuzione delle attività sanitarie legate alla pandemia hanno dettato l'agenda delle priorità degli acquisti di beni e servizi permanendo, al contempo, condizioni difficili di mercato sia per il reperimento dei prodotti, anche se più attenuato rispetto all'anno precedente, che per gli aumenti dei prezzi. Per fronteggiare la necessità di predisporre innumerevoli procedure di gara, si è rafforzata la collaborazione tra Aziende sanitarie regionali effettuando gare di acquisto in nome e per conto delle altre aziende emiliano-romagnole. L'AUSL della Romagna ha infatti bandito in urgenza la procedura comparativa di carattere comunitario per le suturatrici chirurgiche per tutte le Aziende sanitarie regionali con una base d'asta di circa 16 milioni di euro, e la procedura per "Sistemi piastrinici e connessioni sterili" per conto anche della AUSL di Bologna per un importo di circa 5 milioni di euro. Ha proceduto, inoltre, in nome e per conto anche delle Aziende USL e Aziende Ospedaliere dell'Area Vasta Emilia Nord sul sistema dinamico di acquisizione regionale con l'appalto specifico di strumentario chirurgico per microchirurgia e chirurgia videoassistita per oltre 18 milioni di euro. Sempre nell'anno 2021 ha inoltre recepito gli esiti della procedura di gara espletata da AUSL di Bologna ad oggetto "Aferesi terapeutica".

Indicatori e target:

Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi precisando che come previsto dalla DGR 1770/2021, per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare. Valori target: 52% per ASL.

L'UO Programmazione e Acquisti Beni e Servizi si attiva prontamente per l'adesione a tutte le convenzioni Intercenter appena vengono pubblicate, verifica sistematicamente, prima dell'emissione di una gara, che non sussistano convenzioni attive né di Intercenter-ER né di Consip. Utilizza in modo sistematico gli strumenti messi a disposizione dal soggetto aggregatore regionale, sia la piattaforma di e-procurement SATER per le procedure aperte, che il sistema dinamico di acquisizione per i vari bandi aperti e resi disponibili all'utilizzo da parte di altri Enti. Adopera inoltre costantemente il mercato elettronico regionale e, solo in misura del tutto residuale, quello di CONSIP, per le procedure sotto soglia comunitaria. Per una più ampia pubblicità e maggiore trasparenza delle proprie procedure di gara pubblica gli avvisi, oltre che sul proprio sito aziendale, anche sul sito di Intercenter e utilizza la piattaforma SATER.

La sinergia dei vari soggetti che hanno operato nel campo degli acquisti ha consentito all'AUSL della Romagna di raggiungere il 54% dei propri acquisti di beni e servizi su contratti derivanti da procedure centralizzate.

Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)

L'obiettivo è stato pienamente raggiunto avendo avviato ben oltre 100 procedure sul MerER - Mercato elettronico di Intercenter-ER.

4.3. Il governo delle risorse umane

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

Indicatori e target:

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

Con riferimento al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), in attesa della relativa predisposizione e approvazione regionale, si è proceduto in coerenza con i vincoli normativi e con le previsioni di bilancio e tenuto conto delle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia, alle assunzioni previste dalla programmazione aziendale, poi considerate nel PTFP 2021/2023, redatto sulla base delle indicazioni operative regionali trasmesse con nota prot. 0219462 del 06.08.2021 ad oggetto "Trasmissione delle indicazioni operative regionali per la redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) per il triennio 2021-2023 da parte delle aziende ed enti del SSR" e successivamente aggiornato in seguito alla nota regionale prot. 0956640 del 14.10.2021 concernente "Indicazioni per la predisposizione dei bilanci preventivi economici – 2021". La Regione con nota prot. n. 1094885 del 29.11.2021 ad oggetto "Approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni (PTFP) relativo al triennio 2021-2023", con riferimento al PTFP 2021- 2023 - considerate le criticità relative ai finanziamenti statali per la copertura delle esigenze collegate all'emergenza Covid-19 per l'anno 2021 e le incertezze in merito alle risorse disponibili per gli esercizi successivi - ha disposto di procedere in particolare alla relativa approvazione con riferimento alla programmazione riferita al 2021, precisando altresì che la programmazione dei fabbisogni di personale per il 2022 e 2023 andasse definita nell'ambito del PTFP 2022-2024, in relazione alle disponibilità complessive per il finanziamento del SSR risultanti dalla legislazione statale. Sulla base delle suddette indicazioni, con deliberazione n. 257 del 30 dicembre 2021 si è provveduto all'approvazione del PTFP 2021/2023.

Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR

Il Piano di avvicinamento al “modello a tendere” è stato attuato nel rispetto delle indicazioni OIV-SSR, così come risulta dagli stati di avanzamento programmati a livello regionale.

Realizzazione degli standard previsti per almeno l'80% del percorso di avvicinamento

Con l'intervento sugli ultimi due parametri che risultavano ancora disallineati, rispettivamente riferiti al collegamento tra valutazione annuale e valutazione incarico e al collegamento tra valutazione competenze e sviluppo professionale e formativo, l'Azienda ha completato il proprio Piano raggiungendo il 100% dello standard previsto.

Rispetto dei tempi di predisposizione e dei contenuti previsti per la nuova Guida alla valutazione

L'aggiornamento della Guida alla valutazione è stato effettuato entro la data definita da OIV-SSR con nota prot. 1173669.U del 21.12.2021. Il documento è stato aggiornato e integrato e rappresenta l'intero sistema di valutazione aziendale in maniera schematica e chiara; la rappresentazione dei processi attraverso le tabelle rende la nuova Guida più fruibile e facilmente leggibile ai destinatari principali (valutati e valutatori).

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

Con riferimento all'utilizzo del modulo concorsi, è stato utilizzato esclusivamente il modulo concorsi di WHR per la raccolta online delle candidature di almeno il 58% delle procedure selettive del personale dirigenziale e del comparto. Tramite il portale regionale delle risorse umane sono state raccolte le candidature di selezione che hanno visto la partecipazione di un elevato numero di candidati (es. concorso Infermiere oltre 3.600 candidature). E' stata anche utilizzata l'evolutiva del modulo concorsi di WHR per procedure selettive esterne e interne, che consente al candidato di inserire nella domanda online anche le informazioni relative al curriculum, che può non essere allegato. Il modulo viene altresì utilizzato per la valutazione dei titoli.

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

Indicatori e target:

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

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

- predisposizione del Regolamento transitorio sul Lavoro Agile, approvato con deliberazione n. 392 del 05.11.2021, che ha disciplinato, nel rispetto delle indicazioni del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, le modalità di accesso al lavoro agile attraverso l'individuazione da parte dei Responsabili di UO delle attività che possono essere svolte in modalità agile, compatibilmente alle esigenze di servizio e nei limiti del 20% del monte ore teorico mensile delle posizioni mappate nel proprio servizio. Ciò è propedeutico alla definizione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative a superamento del POLA. Detto Regolamento interviene nella disciplina del lavoro agile, in via transitoria, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi da definirsi ai sensi dell'art. 6 co. 2 lett. c) del DL 80/2021 convertito con modificazioni dalla L. 113/2021, nell'ambito del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO). Tale Regolamento Aziendale è stato oggetto di informativa alle Rappresentanze Sindacali Area Comparto e Aree della Dirigenza, agli Organismi Paritetici e al CUG, assicurando i livelli informativi e di partecipazione sindacale previsti dalla vigente legislazione contrattuale e normativa. Il Regolamento Aziendale transitorio è stato applicato a partire dal mese di novembre 2021;
- avvio, nel mese di giugno 2021, del confronto di contrattazione con le OO.SS. Dirigenza Area Sanità ai sensi del vigente CCNL 19.12.2019 in merito al nuovo Atto Aziendale sulla disciplina dell'esercizio della Libera Professione intramoenia e definizione dei criteri di costruzione delle tariffe. Parallelamente, è stato garantito un percorso informativo con le Rappresentanze Sindacali Area Comparto con particolare riferimento ai riflessi sul personale di supporto diretto. In data 21 dicembre 2021 è stato sottoscritto l'Accordo in merito all'Atto Aziendale di disciplina della Libera Professione che viene applicato in via graduale e progressiva a partire dal mese di gennaio 2022. E'

stata data informativa anche alle rappresentanze Sindacali della Dirigenza PTA. Con deliberazione n. 505 del 29.12.2021 è stato adottato l'Atto aziendale Libera Professione Intramoenia;

avvio e conclusione nel mese di novembre 2021 del confronto con le Rappresentanze Sindacali sulle schede di valutazione Area Comparto - incarichi di funzione e Aree della Dirigenza in relazione a quanto previsto dal piano di avvicinamento "inclusione di una valutazione degli obiettivi di incarico tra quelli oggetto di valutazione". Il verbale di confronto sulle nuove schede di valutazione intervenuto con le OO.SS. delle Aree della Dirigenza è stato sottoscritto in data 30.11.2021, mentre per il verbale di confronto Area Comparto (personale del comparto e incarichi di funzione) è stato sottoscritto dalla RSU ed è in corso di completamento la raccolta delle firme OO.SS. Area Comparto.

Costi del personale

Indicatori e target:

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

Le previsioni di bilancio relative al personale dipendente sono state rispettate. Si registra a consuntivo uno scostamento rispetto alla previsione pari a circa un +0,89%, ma lo stesso è relativo all'applicazione del contratto 2019-2021 che ha comportato la corresponsione a tutte le aree contrattuali dell'indennità di vacanza contrattuale ed al personale del comparto dell'elemento perequativo. In sede di bilancio preventivo i costi del contratto 2019-2021 erano stati previsti negli accantonamenti a fondi rinnovi contrattuali e non nel costo del personale dipendente. L'andamento del costo del personale è stato oggetto di un costante monitoraggio al fine di dare applicazione al PTFP e di far fronte alle esigenze delle articolazioni aziendali collegate all'emergenza pandemica mantenendo il rispetto dei vincoli di bilancio.

4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Indicatori e target:

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

L'Azienda è allineata alle indicazioni regionali circa le richieste di parere al NRV al fine di garantire la tempestività richiesta dalla regione e nel rispetto della modalità di raccolta e di invio della documentazione al responsabile dell'attuazione del programma regionale tramite apposite cartelle condivise.

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

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

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

In Ausl Romagna il 93,33% dei sinistri ha ottenuto la determinazione CVS entro 180 giorni dall'apertura, rispetto ad una media regionale che si attesta al 82,78% [Fonte: SIVÉR].

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

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

Addivenire alla definizione stragiudiziale dei sinistri per i quali vi sia stato un accertamento di responsabilità aziendale nell'ambito di un procedimento ex art. 696-bis c.p.c. per effetto di una consulenza tecnica preventiva, entro il valore quantificato dal CVS o dal NRV sinistri; target: 65%

Tutti i sinistri per i quali vi sia stato un accertamento di responsabilità aziendale nell'ambito di un procedimento ex art. 696-bis c.p.c. per effetto di una consulenza tecnica preventiva sono definiti entro l'importo quantificato dal CVS o dal NRV.

4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati assicurati in coerenza con le previsioni del PTPCT 2021-2023, dando attuazione, attraverso la rete dei referenti aziendali, alle misure di prevenzione con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, presidiandone la realizzazione ed il mantenimento attraverso le azioni di monitoraggio previste e rendicontate nel PTPCT, applicando quanto stabilito dalla normativa nazionale, regionale e dalle disposizioni di ANAC.

La partecipazione del RPCT e della struttura di supporto al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende è stata costante ed è stata garantita l'applicazione delle indicazioni condivise in tale sede collegiale. Anche nel 2021 è stata monitorata la compilazione/aggiornamento/conferma annuale da parte del personale dipendente, delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi previste dalla normativa, con modalità informatizzata sul Sistema Unitario di Gestione delle Risorse Umane – WHR Time GRU. Nel mese di dicembre è stata attivata, sul medesimo Sistema, l'inedita dichiarazione (Mod.4) per la verifica di insussistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi per rapporti di parentela, affinità e convivenza all'interno della struttura di appartenenza, come condiviso dal Tavolo regionale RPCT nelle linee guida per l'applicazione da parte delle Aziende ed Enti del SSR della disciplina di cui all'art. 18 bis della L.R. n. 43/2001, inserito dalla L.R. n.24/2019.

Per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa, presidiati mediante monitoraggi e verifiche sullo stato di attuazione di Amministrazione trasparente, nel 2021 al fine di ottemperare alla Delibera ANAC n. 468 del 16 giugno 2021, su indicazione del Tavolo regionale sopraindicato è stata avviata un'analisi comune delle aziende sanitarie regionali dei provvedimenti di concessione di vantaggi economici erogati a soggetti pubblici o privati per i quali continua a sussistere l'obbligo di pubblicazione, al fine di individuare le prestazioni rientranti nei LEA escluse dall'obbligo di pubblicazione, e quindi definire un orientamento interpretativo condiviso. Orientamento successivamente validato dalla RER pur con qualche modifica, al fine di ottemperare uniformemente all'obbligo a partire dal 2022. Inoltre, l'OIV-SSR con nota del 5/2/2021 ha dato indicazioni in merito all'art. 41 c. 2 quater L. 120/2020 che prevede per "i "soggetti titolari di progetti di investimento pubblico di dare notizia in apposita sezione dei siti web istituzionali dell'elenco dei progetti finanziati, indicandone il CUP, l'importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale". L'Azienda ha quindi provveduto mediante la pubblicazione delle predette informazioni/dati nella Sezione di Amministrazione Trasparente "Altri contenuti" come indicato da OIV-SSR. Nel PTPCT 2021-2023 è stata confermata la previsione del principio di rotazione ordinaria del personale quale misura di prevenzione fondamentale con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, nel rispetto dei criteri della territorialità, della rotazione funzionale e strutturale, tenuto conto della necessità

di correlazione e ponderazione tra esigenze di rotazione e salvaguardia del buon andamento e continuità della gestione aziendale. In particolare la misura della rotazione è stata prevista e attuata con riguardo a:

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

Indicatori e target:

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

Al 31.12.2021 risultano acquisite le dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi pari al 90% del personale dipendente.

4.6. Sistema di audit interno

Nel corso dell'anno 2021 sono ripresi i lavori del Nucleo Audit regionale, nella sua nuova composizione di 19 membri, definita con atto del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare nr. 5923 del 06.04.2021. La Coordinatrice del Nucleo ha presentato ai componenti il nuovo intervento formativo affidato a CERISMAS - Centro di Ricerche e Studi in Management sanitario – Area formazione, finalizzato alla ridefinizione dell'assetto complessivo del Sistema di Controllo Interno e all'implementazione della funzione aziendale di Audit Interno dal titolo *"Affinamento del Sistema di Controllo Interno delle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna"*. La stessa ha poi individuato nella Libera Professione Intramoenia il processo su cui condurre la valutazione richiesta dall'obiettivo regionale, essendo di interesse sia ai fini del PAC, che ne regola Ciclo Attivo e Ciclo Passivo, che dell'Anticorruzione, in quanto è oggetto di specifiche indicazioni da parte di ANAC, sia nell'aggiornamento al PNA 2015 che nel PNA 2016 dedicato alle Aree di rischio specifiche in Sanità. La valutazione del rischio corruttivo nelle singole fasi del processo della LP è stata oggetto di analisi da parte del Tavolo regionale Anticorruzione ed è stata svolta con una nuova metodologia di tipo qualitativo, come definita dall'Allegato 1 al PNA 2019.

L'Auditing Interno dell'AUSL Romagna, oltre a partecipare alla formazione regionale, ha collaborato dando alcuni suggerimenti per l'impostazione dell'analisi ed ha provveduto ad illustrare ai colleghi del Nucleo e ai docenti CERISMAS la precedente esperienza di conduzione all'interno dell'Azienda di una campagna di CRSA per la valutazione del rischio di tipo amministrativo-contabile su tutto l'*Audit Universe* rappresentato dalle UU.OO./Strutture organizzative responsabili delle procedure e regolamenti PAC. La Coordinatrice del Nucleo Audit regionale ha fornito agli Auditors uno strumento molto analitico, articolato per ciascun singolo rischio e relativo controllo, in ogni fase del processo della LP, da analizzare e valutare in termini di Probabilità e Impatto per quanto riguarda il Rischio Inerente (Rischio Lordo) ed in termini di Disegno, Funzionamento e Controlli di 2° livello (esistenza/monitoraggio) per quanto riguarda le misure di controllo previste, tanto per il rischio corruttivo quanto per il rischio di reporting. Pertanto, come Al si è deciso di

organizzare degli incontri preliminari con le varie UU.OO. interessate, al fine di spiegare il tipo di analisi e di valutazione da effettuare in sede di CRSA vera e propria, a seguito della quale, dovrà poi essere pianificata la verifica di Audit da condurre prioritariamente su quelle fasi con Rischio Residuo più elevato e, comunque, su tutte le aree a rischio esaminate, anche al fine di testare, nel loro effettivo funzionamento, l'operatività e la corretta applicazione dei controlli indicati.

Tali incontri si sono svolti in primo luogo con l'UO Bilancio per svolgere insieme una prima analisi dei rischi di reporting legati al processo LP, cercando di individuare per ogni singola fase dello stesso, e sulla base della nostra organizzazione interna e dei software attualmente in uso (On-Health per prenotazione, erogazione, fatturazione, a seguito di incasso, delle prestazioni LP e AREAS per la contabilità generale del ciclo attivo), sia i possibili rischi che i controlli relativi e la loro rispettiva pesatura. Compiuta tale analisi, si è successivamente tenuto un incontro con il Controllo di Gestione per esaminare, in particolare, il primo rischio di reporting individuato, che è quello di una non corretta definizione delle tariffe delle prestazioni LP, tale da non consentire la copertura di tutti i costi aziendali, compresi quelli indiretti e generali. L'analisi e la valutazione hanno riguardato la pesatura del RI e del relativo controllo, che sarà poi oggetto di riesame in sede di CRSA per condividerne la valutazione effettuata. L'AI ha poi incontrato l'UO GERU per alcuni chiarimenti in merito ad aspetti legati alla competenza, sia dei compensi che degli accantonamenti ai tre fondi della LP (Balduzzi, Perequativo, e Incentivazione al personale che partecipa indirettamente), per meglio comprendere le operazioni di controllo da effettuarsi al momento della chiusura del bilancio d'esercizio. Infine, si è effettuato un ultimo incontro, sempre propedeutico allo svolgimento della CRSA, con l'UO LP e l'Anticorruzione durante il quale i colleghi hanno illustrato al Team di Audit il lavoro svolto, sia come metodologia di valutazione adottata che come analisi condotta, con riferimento alla possibile manifestazione del rischio corruttivo nelle varie fasi del processo della Libera Professione Intramoenia nella nostra Azienda, tenuto conto dell'attuale contesto sia organizzativo che informatico.

Indicatori e target:

Completamento attività al 31/12/2021: 100% di quanto previsto

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

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

L'Azienda USL della Romagna ha intrapreso, nel corso di questi ultimi anni, un percorso di adeguamento della propria struttura organizzativa ai principi del GDPR *“Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (di seguito anche solo GDPR)”*.

Nel corso del 2021, tenuto conto che il nuovo *“sistema per la protezione dei dati personali”*, come delineato dal citato GDPR, implica la necessità di infondere nell'organizzazione aziendale la piena consapevolezza dei rischi inerenti ai trattamenti, nonché l'affermazione di una cultura della protezione dei dati, quale parte integrante dell'intero *asset* informativo dell'organizzazione, con particolare attenzione ai dati di salute, sono state implementate azioni volte a garantire una migliore organizzazione interna, anche finalizzata alla prevenzione dei rischi in materia di trattamento dei dati personali.

Con deliberazione n. 374/2021 è stato ridefinito l'organigramma aziendale, con riguardo sia ai compiti sia alle responsabilità, al fine di migliorare l'organizzazione in un'ottica di sistematizzazione ed

omogeneizzazione delle azioni, a garanzia della protezione dei dati personali nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali nonché della dignità delle persone fisiche.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 30 del GDPR, per tutti i Titolari del trattamento è stato avviato l'aggiornamento del Registro delle attività di trattamento, che costituisce parte integrante del sistema di gestione dei dati personali, quale strumento indispensabile per ogni valutazione e analisi del rischio. L'aggiornamento del Registro delle attività di trattamento viene svolto secondo la modalità informatica dell'applicativo Privacy Manager di Engineering, adottato dalle Aziende sanitarie regionali.

Indicatori e target:

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

Sono stati acquisiti, nell'ambito del Privacy Manager, i moduli della "Valutazione del rischio" e della "Valutazione di impatto". Il Privacy Manager è già in uso in AUSL Romagna, in conformità con le altre aziende sanitarie della RER, per la gestione del Registro dei trattamenti. I servizi oggetto della fornitura sono:

- analisi delle debolezze, attraverso il quale si definisce l'approccio metodologico mediante il quale svolgere un assessment del sistema informativo a supporto dei diversi trattamenti censiti nel Registro;
- valutazione dei Rischi, attraverso il quale – a partire dall'Analisi delle debolezze precedentemente condotta – si avvia un'attività di risk analysis in grado di individuare delle azioni correttive da implementare.

In sede di Comitato per la Tutela dei dati personali è stata condivisa una proposta di impianto di check-list aziendale per l'analisi delle debolezze, formulata dai professionisti di Engineering, per analizzare le tre dimensioni del Sistema Informativo a supporto di ogni trattamento: dimensione organizzativa, dimensione applicativa e dimensione infrastrutturale (check-list organizzativa, infrastrutturale e applicativa).

Nel corso dei mesi occorrerà quantificare il rischio derivante per i diritti e le libertà degli interessati per formalizzare una valutazione d'impatto (DPIA).

Per ogni trattamento, censito all'interno del Registro, gli indici di rischio saranno elaborati automaticamente dal sistema Privacy Manager sulla base della valorizzazione delle variabili indicate nelle check-list.

Si eseguirà questa attività per i trattamenti nuovi (per la Privacy by design e by default), prima della loro pubblicazione.

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

In relazione all'introduzione di nuove tecnologie dedicate a soluzioni di telemedicina, in particolare soluzioni per Televista e Telemonitoraggio, sono state adottate le necessarie misure di tutela richieste dal GDPR, sia per quanto riguarda gli operatori economici fornitori delle soluzioni ed aziende a loro subordinate, sia per quanto riguarda gli operatori sanitari ed i pazienti.

Allo scopo ci si è avvalsi delle indicazioni e raccomandazioni contenute nei documenti regionali di indirizzo ed in quelli tecnici a corredo delle soluzioni tecnologiche predisposte dalla Regione stessa.

Si precisa, inoltre, che un documento più estensivo e generale dedicato ai Servizi di Cura sarà reso possibile dalla tecnologia (Technology Enabled Care Services: TECS) ed è in fase di costruzione.

Definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nei PDTA e nei programmi/progetti interaziendali e/o di valenza regionale; Target: 100%

Con riferimento alla gestione di percorsi interaziendali, è in corso di revisione l'Accordo di Contitolarità per il trattamento dei dati personali con IRST/IRCCS srl di Meldola sottoscritto nel 2019, riguardante la finalità di cura e di ricerca con riferimento al paziente oncoematologico, adottato a seguito della Costituzione del Programma interaziendale Comprehensive Cancer Care Network per l'attivazione della rete oncoematologica della Romagna.

Per quanto riguarda i PDTA aziendali, percorsi volti a garantire la migliore assistenza dei pazienti e la riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, nella loro definizione si tiene conto della responsabilità

delle figure coinvolte, sensibilizzandole alla massima tutela del dato, ma non sono previsti accordi specifici di contitolarità in quanto le articolazioni coinvolte confluiscono tutte nella stessa unica Azienda USL della Romagna.

4.8. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

4.8.1. Fascicolo Sanitario Elettronico/Portale SOLE

L'Azienda, come richiesto all'art.11 del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia*", nel corso del 2021 ha proseguito nel lavoro di potenziare lo sviluppo e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico fra gli assistiti, considerato obiettivo strategico della c.d. sanità digitale e previsto dall'Agenda digitale italiana ed europea.

I sistemi informatici dell'Ausl Romagna, benché presentino ancora un grado elevato di disomogeneità tra i diversi ambiti aziendali, sono stati adeguati, ciascuno per la parte di pertinenza, al fine di garantire l'invio della documentazione al FSE secondo le modalità previste dalla regolamentazione regionale. Questo ha consentito che l'invio della documentazione avvenga regolarmente e sistematicamente.

Quanto ai sistemi evoluti di accesso, l'Azienda favorisce e promuove, nelle sue comunicazioni con il cittadino, l'utilizzo del FSE e di SPID anche in applicazione degli accordi con le farmacie di cui alla DGR 329 del 04.03.2019.

Si sono riscontrate invece difficoltà nella dotazione di strumenti per la firma digitale agli operatori, che sono tuttavia in via di risoluzione con il passaggio massivo alla firma digitale remota.

Indicatori e target:

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

Gli utenti che nel 2021 sono acceduti al FSE sono stati 487.944 su un totale di 666.854 cittadini che hanno ricevuto un documento, ossia il 73%.

Numero di accessi: Numero di accessi tramite APP rispetto al Numero totale di accessi al FSE; Target: 10%

Gli accessi tramite APP sono stati 6.719.925 rispetto a 18.961.760 di accessi totali al FSE registrati nel 2021. Pertanto gli accessi da APP costituiscono una quota pari al 35%.

Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati al FSE sul numero di operatori sanitari; Target 20%

Gli operatori abilitati al FSE risultano essere il 17% del totale degli operatori sanitari (2.292 vs 13.567).

Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 60%

I consensi alla consultazione del FSE valorizzati sono stati 596.951, vale a dire il 96% del numero totale di 632.652 FSE attivati. Relativamente alle attivazioni di FSE, si sottolinea che nel solo 2021 l'incremento rispetto all'anno precedente è stato pari al 67%, trend di crescita che sembra permanere anche nel 2022.

Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati; Target 80%

L'implementazione del FSE nelle strutture private accreditate ha preso avvio a seguito della nota Prot. 0628991 del 30.09.2020 attraverso la quale la Regione ha attivato una ricognizione presso le strutture private con contratto di fornitura finalizzata all'integrazione con l'infrastruttura SOLE/FSE. Il dato puntuale sui centri privati effettivamente integrati alla rete Sole non è al momento disponibile.

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

Gli interventi riferiti alla Va fase, 1° Stralcio su cui l'Azienda ha predisposto la progettazione degli interventi e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie sono:

- **Intervento APC 38 Nuova Costruzione edificio per servizi amministrativi Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna:** con determinazione n. 342 del 05.02.2021 è stata indetta la procedura aperta per affidamento servizi di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione con riserva di affidamento della direzione lavori e del coordinamento alla sicurezza in fase di esecuzione inerenti ai lavori di nuova costruzione edificio per servizi amministrativi presso l'ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna. CIG 8623205DDE - CUP G62C19000190008.
- **Intervento APC 37 Nuova Costruzione Casa della Salute di Rimini:** con determinazione n. 1672 del 25.05.2021 è stata indetta la gara a procedura aperta per l'affidamento servizi di architettura, ingegneria e geologia, con relative indagini, per la redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e il coordinamento della sicurezza in fase di progettazione oltre all'affidamento con riserva di affidamento della direzione lavori e del coordinamento alla sicurezza in fase di esecuzione dell'opera "Nuova Costruzione Casa della Salute di Rimini". CIG 8766776C68 - CUP G92C19000130008.

Indicatori e target:

Avvio per tutte le Aziende sanitarie della progettazione e della predisposizione dei capitolati di appalto degli interventi di cui alla V fase, 1 Stralcio secondo le indicazioni fornite dal competente Servizio regionale; target si/no

Intervento APC 38 Nuova Costruzione edificio per servizi amministrativi Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna: con determinazione n. 2685 del 06.09.2021 si è proceduto all'affidamento dell'incarico professionale ed in data 08.11.2021 è stato sottoscritto il disciplinare di incarico. E' in corso la progettazione di fattibilità tecnica economica 2° Fase. Si conferma, il rispetto delle tempistiche di cui all'art. 1 c. 310 e 311 della L. 266 del 23.12.2005, come modificato dall'art. 1, c. 436 della L. n. 205 del 27.12.2017, come indicato nella nota regionale di riscontro.

Intervento APC 37 Nuova Costruzione Casa della Salute di Rimini: è in corso la valutazione da parte della Commissione Giudicatrice, delle offerte tecniche presentate dai partecipanti. A breve si addiverrà all'affidamento del Servizio e alla stipula del contratto. Si conferma il rispetto delle tempistiche di cui all'art. 1 c. 310 e 311 della L. 266 del 23.12.2005, come modificato dall'art. 1, c. 436 della L. n. 205 del 27.12.2017, come indicato nella nota regionale di riscontro.

Nuovo Ospedale di Cesena

Con Deliberazioni del D.G. n. 107 del 14.04.2021 e n. 122 del 20.04.2021 ad oggetto "Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cesena. Deliberazione del D.G. 249 del 05/07/2018, Approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica – 1ª fase. Rideterminazione del quadro economico e finanziario", è stato approvato il nuovo quadro economico e finanziario dell'intervento "Realizzazione Nuovo Ospedale di Cesena", di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 249 del 05.07.2018.

Si confermano nel triennio 2021-2023 le attività previste nel Cronoprogramma dell'intervento "Realizzazione del Nuovo ospedale di Cesena".

Con determinazione n. 9464 del 20.05.2021 della Direttrice Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica 1ª fase dell'intervento di "Realizzazione nuovo ospedale di Cesena" e la relativa relazione generale".

In data 27 maggio 2021 è stato trasmesso il PFTE 1ª Fase, da parte della RER, al Ministero (Ufficio VII DGPROGS). In data 15 ottobre 2021: il PFTE 1ª Fase è stato trasmesso da parte dell'ufficio VII DGPROGS al Nucleo di Valutazione del Ministero per l'avvio della valutazione.

Con Determinazione n. 24854 del 31.12.2021 della RER è stato concesso all'Azienda USL della Romagna il Finanziamento Statale di €. 156.000.000 per l'intervento "Realizzazione nuovo Ospedale di Cesena".

Indicatori e target:

La Azienda USL della Romagna dovrà predisporre la documentazione tecnico amministrativa necessaria perché possa essere completata, entro aprile 2021, con esito positivo l'istruttoria da parte del Gruppo Tecnico regionale del progetto di fattibilità tecnico economica 1° fase; target si/no

Nei tempi programmati è stata predisposta la documentazione tecnico amministrativa dell'intervento e nella seduta del 15.04.2021 il Gruppo Tecnico Regionale ha valutato positivamente il PFTE 1ª Fase.

L'Azienda Usl della Romagna nel corso del 2021 dovrà rispettare puntualmente, date le condizioni di fattibilità di contesto, le previsioni di cui al cronoprogramma del progetto di fattibilità tecnico economica 1° fase approvato da Gruppo tecnico

Si conferma il raggiungimento delle fasi previste per il 2021 nel cronoprogramma e pertanto la tempistica ivi rappresentata.

4.8.3. Interventi già messi a finanziamento con decreto ministeriale (ex art. 20)

La determinazione n. 1455 del 23.04.2020 ha dato atto che tutti gli interventi e le forniture di cui all'intervento APB 24 "RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO DEI BLOCCHI OPERATORI E DELLE AREE INTENSIVE E COMPLETAMENTO DELLA DOTAZIONE TECNOLOGICA" sono state aggiudicate: lavori (Lotto Ravenna, Lotto Forlì e Lotto Cesena) e forniture (Lotto Attrezzature) per un importo di €. 9.017.553 a cui vanno aggiunti oneri fiscali, arredi, ecc... per un costo complessivo dell'intervento di €. 13.000.000 e si è proceduto alla richiesta della liquidazione della anticipazione regionale.

Nel corso del 2021 sono stati completati i lavori Lotto Cesena, mentre sono ancora in corso i lavori Lotto Forlì e Lotto Ravenna. Il Lotto Attrezzature è stato completato.

Indicatori e target:

Aggiudicazione dei lavori e forniture di cui Accordo di programma Integrativo "Addendum"; target 100%

Si conferma l'aggiudicazione dei lavori e delle attrezzature di cui all'intervento APB24 - Ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza, previsto nel Programma straordinario di investimenti in sanità, ex art. 20 l. 67/88 iv fase, 2° stralcio – Addendum.

Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016; target 100%

E' stato completato il piano di interventi/fornitura relativo agli Accordi di Programma ante 2016 ed è stata inviata in Regione il 19.03.2021 la richiesta di liquidazione somme a fronte delle spese sostenute.

Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati

Le richieste inviate in RER per la liquidazione delle somme a fronte delle spese sostenute per i lavori sono in linea con l'esecuzione degli stessi.

4.8.4. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19

A seguire vengono declinate le azioni e le misure compensative intraprese in ciascun presidio ospedaliero dell'Azienda inerenti la riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza covid-19 di cui all'Art. 2 DL 34/2020: creazione di posti letto di Terapia Intensiva, riconversione PPLL ordinari in PPLL di terapia semintensiva, opere necessarie nei Pronto Soccorso.

P.O. Bufalini di Cesena

Nel corso del 2021 si sono conclusi gli interventi per la realizzazione di 6 posti letto di terapia intensiva tramite riattivazione reparto dismesso. Inoltre, si sono concluse le opere per la conversione di posti letto di degenza ordinaria in posti letto di terapia semintensiva in due differenti reparti: 9 PL in Chirurgia Generale e 8 PL in Medicina d'Urgenza.

Sono state terminate anche le opere riguardanti il Pronto Soccorso che, stante la concomitanza con lavori di costruzione del nuovo PS, hanno riguardato ricondizionamenti, prestazioni, opere e forniture aggiuntive per l'adeguamento della costruenda opera alle esigenze dettate dalle procedure di contenimento Covid, con particolare riferimento alle aree attesa, percorsi, accessi, vani accessori, orientamento.

P.O. Morgagni Pierantoni di Forlì

I lavori di adeguamento del Pronto Soccorso hanno ottemperato alla necessità di gestione separata di percorsi e diagnosi alla luce delle cogenze dettate dalla pandemia; allo scopo alcuni locali utilizzati a deposito ed ufficio sono stati riconvertiti ad ambulatori con accesso indipendente. Le opere hanno riguardato anche la separazione dei percorsi *“sporco”* e *“pulito”*, permettendo un'ottimizzazione dell'utilizzo del Pronto Soccorso a partire dal modulo pre-triage.

In merito alla realizzazione dei 6 posti letto di terapia intensiva, esigenze successive allo studio di fattibilità, manifestate dalle Direzioni Sanitarie, hanno comportato l'estensione dell'intervento sia in termini di superficie che di importo. La necessità di garantire la contemporanea erogazione delle prestazioni sanitarie ha reso indispensabile il frazionamento dei lavori, ovvero la sospensione degli stessi nei mesi di maggiore richiesta di posti letto. Ad oggi sono stati aggiunti ed attivati due posti letto nell'attuale openspace RIA. Si prevede di poter riprendere i lavori a partire dalla stagione primaverile, ovvero appena la contrazione di richiesta di posti letto renderà possibile l'occupazione dei locali per la prosecuzione delle opere da concludersi entro settembre 2022.

Esigenze analoghe hanno richiesto il frazionamento per le opere di conversione dei 16 PPLL ordinari (4 in MURG e 12 in Pneumologia) in PPLL di terapia semintensiva. Ad oggi 12 posti letto sono stati attivati, si è in attesa della disponibilità dei locali per poter intervenire sui 4 restanti. I lavori potranno avere inizio solo in prossimità del termine delle opere relative alla Terapia Intensiva, per non compromettere eccessivamente le disponibilità del nosocomio in termini di posti letto.

P.O. Santa Maria delle Croci di Ravenna

È stato incrementato di 8 il numero dei posti letto di terapia intensiva previsto dal PRRO. L'esecuzione dell'intervento è subordinata all'avanzamento lavori delle opere riguardanti il Pronto Soccorso, poiché l'area destinata ad ospitare i nuovi posti letto è ad oggi indispensabile al funzionamento del PS stesso. Nel frattempo, quale misura compensativa per fronteggiare l'emergenza nei periodi di massima pressione sul nosocomio, i posti letto di Terapia Intensiva vengono provvisoriamente allestiti nell'area critica di alcuni blocchi operatori.

È stato invece completato l'intervento di conversione di 16 posti letto ordinari in posti letto di terapia semintensiva di cui 4 in Medicina Interna e 12 in Medicina d'Urgenza. Il completamento della fornitura delle apparecchiature sarà possibile dopo l'approvazione della rimodulazione dei fondi nazionali. In merito alle dotazioni necessarie per l'Urgenza ed Emergenza la seconda ondata pandemica ha reso necessarie, da un lato, l'attuazione di interventi immediati, dall'altro, il ripensamento complessivo del Pronto Soccorso esistente, il cui funzionamento è stato giudicato critico dall'Azienda; di qui la necessità di ampliare notevolmente il progetto sia in termini di superfici che di quadro economico, quest'ultimo tramite una più che consistente partecipazione economica dell'AUSL Romagna.

Il progetto del PS, così revisionato, prevede lavori di ampliamento per l'area dell'alta/media complessità e l'area dell'OBI (circa 800 mq) e la realizzazione di una nuova camera calda (300 mq), nonché interventi di ristrutturazione dei locali esistenti e riconversione dell'ex camera calda per una superficie di oltre 2000 mq. Si è quindi dovuto revisionare totalmente il progetto iniziale e si prevede l'inizio dei lavori per i primi mesi del 2022.

P.O. Umberto I di Lugo

Individuato all'inizio della pandemia quale Ospedale covid, il Nosocomio Lugheese ha da subito fronteggiato una notevole pressione in termini di accessi, gestione e ricovero dei pazienti. Stante la pressante esigenza di garantire continuità all'erogazione delle prestazioni sanitarie, è stato da subito necessario sfasare temporalmente gli interventi per garantire le capienze dovute in termini di posti letto, con particolare riferimento alle aree semintensive, intensive e Pronto Soccorso.

Nel calendarizzare gli interventi si è quindi scelto di intervenire in primis sul Pronto Soccorso, che ha manifestato da subito le più forti criticità stante le ridotte dimensioni, poi sulla riconversione dei PPLL di terapia semintensiva ed in ultimo sui posti letto di terapia intensiva poiché, seppur in via provvisoria, è stato possibile garantire da subito in sicurezza l'incremento dei 4 posti di Terapia Intensiva previsti, dapprima presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica e poi all'interno del reparto esistente di Rianimazione.

Per consentire il contemporaneo funzionamento del PS sono stati previsti e progettati quattro diversi ampliamenti del corpo di fabbrica da realizzarsi in fasi diverse (per complessivi 400 mq di nuova costruzione). Sono previsti frazionati anche gli interventi di ristrutturazione che riguardano successivamente, in una sorta di cantiere itinerante, un'area di complessivi 500 mq. Fondamentale per l'esecuzione dei lavori l'apporto della struttura provvisoria prefabbricata (200 mq) montata nel primo anno di pandemia ed ampliata in parte per permettere la prosecuzione delle opere.

Pressoché completate e prevalentemente già consegnate le opere riguardanti i nuovi ambulatori, attese barellati, triage, accettazione ed attesa deambulanti. È in fase di completamento il trasferimento delle attività ancora presenti nella struttura provvisoria verso i nuovi locali. Lasciata libera sarà possibile smantellare l'allestimento prefabbricato e dare corso, nella medesima area, all'ultima fase dei lavori che prevede la costruzione della nuova camera calda e degli spazi ad essa asserviti. Fine lavori prevista per giugno 2022.

In corso nell'Ospedale Lugheese anche i lavori di conversione dei 4 PPLL di terapia intensiva in MURG volti a rendere effettivi in modo stabile e autorizzabili in via definitiva i nuovi posti letto in rianimazione. Le opere da realizzare dovranno essere eseguite in modo frazionato e comportano per alcune settimane l'interruzione delle attività dell'intero reparto, attività di cui ad oggi è necessario garantire piena efficienza

e continuità; la tempistica prevista presume la possibilità di avere i locali disponibili a partire dalla stagione estiva, per concludere i lavori prima dell'autunno 2022.

P.O. Per gli Infermi di Faenza

I lavori di attivazione dei 4 posti letto di terapia semintensiva, collocati nel reparto di Medicina d'Urgenza in openspace di nuova realizzazione con annessi nuovi locali accessori, si sono conclusi il 24 dicembre 2021.

In merito alle opere da realizzarsi a supporto del Pronto Soccorso, terminati tutti i lavori interni ai locali, si è in attesa del montaggio di strutture esterne a protezione degli accessi che hanno subito ritardi dovuti alle difficoltà di reperimento dei materiali stante la congiuntura economica.

P.O. Infermi di Rimini

Gli interventi per la realizzazione di 18 posti letto di terapia intensiva collocati al IV piano dell'edificio DEA sono terminati. Attualmente è in fase di definizione la fornitura delle ultime apparecchiature in funzione delle mutate esigenze cliniche ed in attesa dell'approvazione della rimodulazione dei fondi nazionali. Anche le opere per la conversione di 22 posti letto di degenza ordinaria in PPLL di terapia semintensiva collocati al IV piano dell'edificio DEA si sono concluse ed è in fase di definizione la fornitura delle ultime apparecchiature per le medesime motivazioni indicate sopra.

Infine, sono state portate a termine le opere di adeguamento del Pronto Soccorso che hanno riguardato la creazione di una nuova sala OBI dotata di 9 postazioni. L'intervento è stato realizzato mediante la ristrutturazione di locali prima adibiti ad ambulatori, di circa mq. 200 con la creazione di uno spazio aperto ed un bancone di controllo centrale per una migliore visione dei pazienti.

P.O. Ceccarini di Riccione

Sono in fase di ultimazione i lavori di realizzazione di 4 PL di terapia semintensiva in Medicina d'Urgenza cui sono stati associati anche i lavori di completo rifacimento del reparto con diversa distribuzione dei locali e adeguamenti impiantistici, sia elettrici che meccanici, compresi i gas medicali. Si prevede l'attivazione del reparto nei primi mesi del 2022. Le opere, di portata limitata, riguardanti il Pronto Soccorso sono invece state completate.

Indicatori e target:

Monitoraggio attivo: identificazione degli interventi con ritardi superiori ai 30gg e confronto con le Aziende per la verifica dei tempi di realizzazione degli interventi e delle motivazioni di eventuali ritardi (istruttoria); Target: risposte entro i termini stabiliti

Gli interventi previsti dal Piano finanziati con risorse statali (art. 2 DL 34/2020), regionali, e aziendali (DGR n. 1705/2020), sono sottoposti a costante monitoraggio da parte del Ministero della Salute e della Struttura Commissariale. Entro i termini di riscontro mensile al Servizio ICT, tecnologie e Strutture Sanitarie della RER, si è proceduto ad aggiornare nell'apposita piattaforma lo stato di avanzamento di progettazione, lavori, acquisizione di tecnologie e relativo cronoprogramma, inserendo gli opportuni aggiornamenti nella tabella predisposta all'uso dal medesimo Servizio.

Modifiche agli interventi: predisposizione ed approvazione della documentazione necessaria e invio al Ministero della salute ed alla struttura commissariale; Target: 100%

Con determinazione regionale n. 22597 del 24.11.2021 è stata adottata la proposta di rimodulazione del Piano regionale di riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 - DL 34/2020 approvato con Decreto n. MDS-DGPROGS-46 del 30 luglio 2021 ammesso alla registrazione della Corte dei conti con il n. 2388 in data 25 agosto 2021.

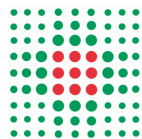
Riscontri periodici: predisposizione ed approvazione della documentazione necessaria e invio al Ministero della salute ed alla struttura commissariale; Target: 100%

È stata predisposta la documentazione in conformità “Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle spese”, trasmesso al Presidente della Regione Emilia-Romagna e alla Azienda Usl della Romagna, in qualità di Soggetto Attuatore con nota prot. n. 2255 del 1° febbraio 2021 dal Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19 con riferimento alle spese di Categoria A1 e A2.

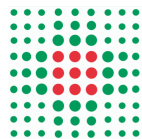
Rendicontazione delle spese sostenute: verifica e invio della documentazione necessaria al Ministero della salute ed alla struttura commissariale; Target: 100%

Con nota prot. n. 92340 del 07.04.2021 è stata inviata la rendicontazione delle spese e la richiesta di rimborso delle spese sostenute di categoria A alla Regione per l'invio alla Struttura Commissariale. A seguito di successive integrazioni richieste dalla stessa Struttura Commissariale sono state rimborsate le relative spese.

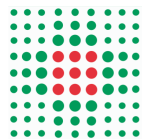
Di seguito la sintesi dello stato di attuazioni degli Interventi Art. 2 DL 34/2020:



DATI ANAGRAFICI	DESCRIZIONE INTERVENTO				QUADRO ECONOMICO	ATTUAZIONE ATTIVAZIONE		NOTE
PRESIDIO OSPEDALIERO	PpII terapia intensiva NR	Pp II terapia semi-intensiva NR	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Stato di attuazione	Conferma attivazione o data presunta	Precisazioni in ordine ad esigenze particolari sopravvenute e all'attuale stato di attuazione
Ospedale Bufalini CESENA	6	0	300	Riattivazione locali per 6 PPLL terapia intensiva	489.177,93	In esercizio	attivato	Intervento attivato.
Ospedale Bufalini CESENA	0	17	350	Conversione di degenza ordinaria in pl di terapia semintensiva collocati in due differenti reparti: n.9pp.II. in Chirurgia Generale e n.8 pp.II. in Medicina d'Urgenza	239.836,5	In esercizio	attivato	Intervento attivato.
Ospedale Morgagni Pierantoni FORLI'	6	0	450	Creazione di nuovi pp.II. di terapia intensiva: 2 pl aggiunti in fase 1 nell'attuale open space RIA e 4 pl da aggiungere in fase 2 ricavati in area attigua con ristrutturazione di ambienti di servizio. Quattro posti letto saranno staffabili.	2.207.244,98	Lavori in corso	30/09/2022	Esigenze successive allo studio di fattibilità, manifestate dalle Direzioni Sanitarie, hanno comportato l'estensione dell'intervento sia in termini di superficie che di importo, nonché un frazionamento dei lavori per garantire il contemporaneo funzionamento dei reparti. Si è concordata la consegna dei locali per la primavera '22 per la prosecuzione di lavori e rendere l'opera conclusa entro settembre 2022.
Ospedale Morgagni Pierantoni FORLI'	0	16	800	Creazione di 4 pl in medicina d'urgenza e 12 pl in pneumologia previa ristrutturazione reparto e nuova dotazione impianti trattamento aria	1.802.267,91	Lavori in corso	30/09/2022	La necessità di garantire la contemporanea erogazione delle prestazioni sanitarie ha reso indispensabile il frazionamento dei lavori. Ad oggi 12 ppII sono stati attivati, si è in attesa della disponibilità dei locali per poter intervenire sui 4 restanti. I lavori potranno avere inizio solo in prossimità del termine opere relative alla Terapia Intensiva, per non compromettere eccessivamente le disponibilità del nosocomio in termini di posti letto.
Ospedale Santa Maria delle Croci RAVENNA	8	0	600	Realizzazione di n.8 pp.II. di Terapia Intensiva da collocare nell'area in disuso del vecchio reparto di rianimazione al piano terra del blocco 8.	1.863.383,1	Lavori da avviare	31/12/2024	L'esecuzione dell'intervento è subordinata all'avanzamento lavori delle opere riguardanti il Pronto Soccorso (PS) poiché l'area destinata ad ospitare i nuovi posti letto è ad oggi indispensabile al funzionamento del PS stesso. Nel frattempo, quale misura compensativa per fronteggiare l'emergenza nei periodi di max pressione sul nosocomio, i posti letto di TI sono stati provvisoriamente allestiti nell'area critica di alcuni blocchi operatori.
Ospedale Santa Maria delle Croci RAVENNA	0	16	300	Realizzazione di 4 pl in medicina interna + 12 pl in medicina d'urgenza previa completa ristrutturazione di alcune degenze ed adeguamenti impiantistici sia elettrici che meccanici, compresi i gas medicali, dell'intero reparto.	419.576,54	In esercizio	attivato	Intervento attivato. La fornitura delle apparecchiature è in fase di completamento stante la recente approvazione della rimodulazione dei fondi nazionali.



DATI ANAGRAFICI	DESCRIZIONE INTERVENTO				QUADRO ECONOMICO	ATTUAZIONE ATTIVAZIONE		NOTE
PRESIDIO OSPEDALIERO	PpII terapia intensiva NR	Pp II terapia semi-intensiva NR	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Stato di attuazione	Conferma attivazione o data presunta	Precisazioni in ordine ad esigenze particolari sopravvenute e all’attuale stato di attuazione
Ospedale Umberto I LUGO	4	0	200	Creazione di n.4 pp.II. di Terapia Intensiva collocati nell'attuale reparto di Rianimazione con ristrutturazione di parte dei locali e rifacimento degli impianti elettrici e meccanici, così da portare a 10 i PL del reparto autorizzabili in via definitiva.	1.041.833,51	Lavori affidati, l’inizio lavori è subordinato al completamento di altri interventi.	15/09/2022	Per esigenze sanitarie è stato necessario sfasare temporalmente gli interventi riguardanti TI/TSI/PS, stante la necessità di garantire le capienze dovute in termini di posti letto con particolare riferimento alle aree semintensive, intensive e pronto Soccorso. Per l'Ospedale di Lugo si è scelto di intervenire in ultimo sulla terapia intensiva poiché, seppur in via provvisoria, è stato possibile garantire da subito l'incremento di posti letto di terapia intensiva, dapprima presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica e poi all'interno del reparto esistente di rianimazione. I lavori sono necessari per rendere effettivi in modo stabile e autorizzabili in via definitiva i nuovi posti letto in rianimazione. Le opere da realizzare, inoltre, dovranno essere eseguite in modo frazionato e comportano per alcune settimane l'interruzione delle attività dell'intero reparto, attività di cui ad oggi è necessario garantire piena efficienza e continuità; la tempistica prevista presume la possibilità di avere i locali disponibili a partire dalla stagione primaverile inoltrata.
Ospedale Umberto I LUGO	0	4	180	Adeguamento di 4 PL di Terapia Semintensiva collocati presso la Medicina d'Urgenza con realizzazione di open-space e ridistribuzione dei locali con adeguamenti impiantistici sia elettrici che meccanici, compresi i gas medicali, dell'intero reparto.	644.161,06	Lavori in corso	15/05/2022	Per ...(v. riga precedente).....). I lavori sono in corso e sono terminati quelli esterni al reparto di degenza (predisposizione e fornitura macchine di trattamento aria, connessioni impiantistiche ecc...). Per la fase finale si è in attesa della consegna di locali di degenza appena la situazione della pandemia lo renderà possibile.
Ospedale per gli Infermi FAENZA	0	4	270	Adeguamento di 4 PL collocati presso la Medicina d'Urgenza con la creazione di open space e adeguamento dei locali del reparto sia edile che impiantistico elettrico e meccanico, compresi i gas medicali.	701.500,00	In esercizio	attivato	Posti letto attivati il 24 dicembre 2021.
Ospedale degli Infermi RIMINI	18	0	600	Lavori di completamento del IV piano DEA per realizzazione di 18 pl terapia intensiva	3.651.826,57	In esercizio	attivato	Intervento attivato. In fase di definizione delle fornitura delle ultime apparecchiature in funzione delle mutate esigenze cliniche
Ospedale degli Infermi RIMINI	0	0	100	Opere propedeutiche alla realizzazione 18 PL terapia intensiva	7.449,45	In esercizio	attivato	Intervento attivato.
Ospedale degli Infermi RIMINI	0	18	850	Lavori di completamento del IV piano DEA per realizzazione di 18 pl terapia semintensiva	2.174.100,33	In esercizio	attivato	Intervento attivato. In fase di definizione delle fornitura delle ultime apparecchiature in funzione delle mutate esigenze cliniche.



DATI ANAGRAFICI	DESCRIZIONE INTERVENTO				QUADRO ECONOMICO	ATTUAZIONE ATTIVAZIONE		NOTE
PRESIDIO OSPEDALIERO	Ppll terapia intensiva NR	Pp II terapia semi-intensiva NR	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Stato di attuazione	Conferma attivazione o data presunta	Precisazioni in ordine ad esigenze particolari sopravvenute e all'attuale stato di attuazione
Ospedale Ceccarini RICCIONE	0	4	400	Realizzazione di n.4 pl di terapia Semintensiva in Medicina d'Urgenza mediante il completo rifacimento del reparto con diversa distribuzione dei locali e adeguamenti impiantistici sia elettrici che meccanici, compresi i gas medicali.	1.222.312,96	In corso di completamento	attivato	Intervento in corso di completamento si prevede l'attivazione nei primi mesi del 2022.

4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3

Con nota prot. n. 0271457 del 29.09.2021 sono state trasmesse le schede degli interventi aventi carattere di indifferibilità ed urgenza non aventi copertura finanziaria, in conformità a quanto indicato nella DGR n. 1396 del 13.09.2021 “Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle Aziende Sanitarie Regionali per la realizzazione di interventi indifferibili ed urgenti”.

Indicatori e target:

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

Nel Piano Investimenti 2021-2023 Allegato C alla Deliberazione del DG n. 411 del 09.11.2021 di approvazione del Bilancio Economico preventivo anno 2021, in scheda 3 gli interventi indicati con data di inizio lavori 2021 sono stati oggetto di richiesta di finanziamento ai sensi della DGR 1396/2021 che disciplina il finanziamento degli interventi indifferibili ed urgenti.

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

Le schede degli interventi aventi carattere di urgenza ed indifferibilità sono state compilate e sottoscritte da ciascun Responsabile Unico del Procedimento, sulla base del format allegato alla nota regionale in atti prot. n. 2021/184399 del 05.07.2021 “Piano investimenti. Interventi in scheda 3”.

4.8.6. Attività per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Con decreto del Ministero dell’Economia e Finanze del 6 agosto 2021, “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del PNRR”, sono stati stanziati i fondi per l’attuazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6), tra cui sono individuate le seguenti due componenti:

Componente 1 (C1):

- Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Investimento 1.2.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali operative territoriali;
- Investimento 1.3. Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità.

Componente 2 (C2):

- Investimento 1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero, che comprende 1.1.1 Digitalizzazione e 1.1.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare alta e media tecnologia;
- Investimento 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Lo stesso DM 6 agosto 2021 definisce gli obiettivi e i traguardi temporali entro cui i citati interventi dovranno essere attuati, individuando, a pena di decadenza dal relativo finanziamento, le date di raggiungimento dei singoli target. Sulla base delle indicazioni regionali fornite dal Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie si è provveduto a fornire la documentazione contenente le informazioni necessarie per dare seguito in tempo utile alle richieste del livello nazionale.

Indicatori e target:

Rispetto delle tempistiche per le richieste dei fabbisogni informativi

Si è proceduto fornendo le adeguate e tempestive informazioni agli uffici regionali. Al riguardo si richiamano in particolare le informazioni richieste in ordine alla mappatura degli Interventi (richiesta RER del 07/11/2021) e la

redazione e aggiornamenti degli Studi di Fattibilità delle Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità del 17.12.2021 e 24.12.2021.

4.8.7. Fondo Dopo di Noi

Indicatori e target:

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

Gli importi liquidati fanno riferimento agli interventi strutturali previsti nel Distretto di Forlì (Coop. Soc. Kara Bobowski) e al Distretto di Ravenna (Lo Stelo Società Cooperativa), per un totale di €. 175.998,38 sul totale di €. 729.596,17 destinati nell'allegato B DGR 637/19. Delle risorse totali assegnate è stato pertanto liquidato il 24,12%. Non risulta alcuna richiesta di liquidazione inviata da parte degli enti gestori in sospeso in attesa di liquidazione conseguente a lavori in corso d'opera.

4.8.8. Progetto regionale Telemedicina

L'azienda AUSL della Romagna, nel corso del 2021, si è avvalsa dell'utilizzo di strumenti hardware e software per applicazioni di Telemedicina sia per uso ambulatoriale, dedicate a pazienti non ricoverati, sia ad uso interno alle strutture Ospedaliere, dedicate pertanto a pazienti ricoverati. I sistemi in uso sono i seguenti:

Piattaforma Regionale di Telemedicina: Televisita/Telemonitoraggio Case della Salute

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

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

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

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

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

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

Piattaforma di Telemedicina Telefenix

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La piattaforma Telefenix è stata attivata per le seguenti UU.OO.:

- Cardiologia Rimini;
- Chirurgia Ravenna e Rimini;
- Cure Primarie Ravenna, Cesena e Forlì;
- Diabetologia Ravenna;
- Gastroenterologia Ravenna e Rimini;
- Geriatria Forlì;
- Malattie infettive Rimini;
- Medicina riabilitativa ambiti di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini;
- Medicina Faenza;
- Neurologia Ravenna;

- Nefrologia Ravenna;
- Pneumologia Rimini;
- Terapia Antalgica Ravenna;
- Otorinolaringoiatria Faenza, Forlì e Rimini
- Pronto Soccorso Rimini;
- Dipendenze Patologiche Rimini.

Sistema di Televisita/Telepresenza Intouch Telehealth

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

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

Indicatori e target:

Attivazione dei servizi di telemonitoraggio nelle Case della salute delle Aziende Sanitarie candidate: N. Case della Salute con Servizi di Telemonitoraggio attivati/N. Case della Salute dell'Azienda candidate; Target 100%

Nell'ambito del progetto regionale di telemedicina, tramite le Case della Salute sono stati consegnati 40 kit di monitoraggio a distanza per la gestione dei pazienti cronici (BPCO, diabete, scompenso) e sono state definite le modalità operative di gestione del sistema ad opera del personale sanitario. Inoltre, presso l'ambito di Forlì è stato attivato un ambulatorio dedicato al controllo da remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili (nel corso del 2021 ne sono stati attivati 770). Anche per i sistemi di dialisi peritoneale domiciliare, limitatamente ad uno dei due modelli in uso, è stata attivata la possibilità di controllo da remoto (al momento si contano 20 attivazioni).

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

In fase di definizione.

4.8.9. Tecnologie biomediche

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

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

Indicatori e target:

Monitoraggio tempistiche interventi DL34: analisi delle cause di ritardo e possibili azioni correttive per il rispetto delle tempistiche di esecuzione comunicate alla Struttura Commissariale; Target: monitoraggio

Il monitoraggio delle tempistiche di realizzazione degli interventi previsti nel DL 34 è stato fatto con regolarità e secondo le modalità previste, ovvero attraverso la compilazione della Tabella condivisa a livello regionale. Al 31.12.2021 non è stata ultimata solamente la fornitura delle apparecchiature destinate a reparti per i quali non erano stati ultimati i lavori strutturali ed impiantistici.

Numero e tipologia di apparecchiature re-distribuite; Target: monitoraggio

Sono state ridistribuite, in accordo con quanto definito dalla Regione, n. 15 Ventilatori Polmonari che provenivano dalla Struttura Commissariale:

- n. 2 Siaretron 4000 provenienti dall'AT di Cesena e consegnati all'AUSL di Reggio Emilia;
- n. 3 Siaretron 4000 provenienti dall'AT di Forlì e consegnati all'AUSL di Imola;
- n. 10 Siaretron 4000 provenienti dall'AT di Rimini e consegnati all'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

Risposte puntuali alle ricognizioni richieste da MdS per le azioni previste dal PNRR; Target: rispetto delle scadenze

Sono state inviate risposte puntuali alle richieste di ricognizione fatte dal MdS per le azioni previste dal PNRR che trovano riscontro nel DGR 219 del 21.02.2022 e nella Delibera del Direttore Generale Ausl Romagna n. 68 del 25.02.2022. Sono state compilate le schede Agenas PNRR – MISSIONE 6 SALUTE per tutte le apparecchiature previste nei documenti sopra citati, nonché le schede per le due PET/TC autorizzate in un secondo tempo.

Esecuzione delle eventuali istruttorie GRTB per l'avvio degli interventi art.20 V fase I stralcio; Target: monitoraggio

L'Ausl Romagna non ha interventi finanziati con art. 20 V fase destinati alle tecnologie.

Gestione nuove candidature CIVAB-RER; Target: >60 codifiche/mese

L'Ausl della Romagna gestisce tutte le nuove candidature ricevute (mediamente 30 codifiche/mese) a cui si dà priorità di realizzazione. Da sottolineare l'impegno ancora profuso a candidare alla CIVAB/RER modelli di apparecchiature molto vecchie, ma ancora in utilizzo, per le quali è difficile individuare le informazioni necessarie e indispensabili per la loro candidatura. Nonostante ciò l'Ausl ha raggiunto una percentuale di aderenza alla CIVAB/RER molto alta come indicato all'indicatore sottostante

Monitoraggio aderenza alla CIVAB-RER delle attrezzature sanitarie dai dati OT di ciascuna AS; Target: esecuzione monitoraggio SI/NO

Attualmente l'Ausl Romagna ha un'aderenza alla CIVAB-RER delle attrezzature sanitarie pari all'88%. Il monitoraggio è costante e tende al miglioramento del dato.

Pubblicazione della Relazione OT 2020 entro il I semestre 2021; Target: SI/NO

L'invio dei dati OT è stato fatto con regolarità in modo da permettere la pubblicazione dei dati OT entro il I semestre del 2021.

Conduzione istruttorie tecnico-scientifiche per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo; Target: monitoraggio

Sono state presentate le istruttorie Tecnico-scientifiche per tutti i progetti aventi un elevato impatto tecnologico, economico ed innovativo. I progetti sono costantemente monitorati.

Interventi completati in maniera conforme alle istruttorie presentate alla data del monitoraggio; Target: 0

Tutti gli interventi sono stati completati o sono in via di completamento in maniera conforme alle istruttorie presentate.

4.8.10. Sistema Informativo

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

Indicatori e target - Tempestività e aggiornamento:

Flussi FED, AFO, AFT e DiMe: trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate; Target 100%

Trasmissione dei flussi effettuate entro le scadenze programmate: FED per 98,94% invii (vs RER al 95,05%); AFO per 97,06% invii (vs RER al 96,17%); AFT per 99,94% invii (vs RER al 98,3%); DiMe per 96,66% invii (vs RER al 97,12%).

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

In relazione all'invio della DPC entro il secondo mese successivo alla competenza si segnala che la ditta Lepida in corrispondenza del 13° invio FED in cui avrebbe dovuto elaborare le ricette di competenza di dicembre 2021, ha comunicato che tale attività non sarebbe stata effettuata entro la scadenza del 13° invio, ma prorogata al 14° invio.

Flussi monitorati: SDO, ASA, FED, PS, DiMe, ADI, FAR, AFO, AFT; i Target sono flusso specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su Insider

Su Insider non si rilevano criticità, con ADI unico flusso da migliorare in termini di tempestività dell'invio essendosi attestato nel 2021 al 87,49%

Indicatori e target – Specialistica ambulatoriale:

COMPLETEZZA PER INDICATORE D10Z NSG: Corretta valorizzazione dei campi Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi; Target 90%

Per quanto riguarda la corretta valorizzazione dei campi, come da indicatore D10Z, l'Azienda Usl della Romagna valorizza correttamente tutte le informazioni richieste, con particolare riferimento a quanto gestito nel sistema CUP aziendale.

DSA: attivazione nuovo flusso informativo e trasmissione dati nei tempi programmati; Target 100%

L'attivazione del flusso DSA non è avvenuto nel corso del 2021 in quanto la Regione non ha definito a tutt'oggi le specifiche necessarie per la sua realizzazione.

TEMPESTIVITÀ INVIO DSA IN ASA: le prestazioni erogate in modalità d'accesso DSA dovranno essere inviate nel periodo di competenza dell'erogazione; Target >= 65%

La tempestività dell'invio DSA in ASA è stata garantita anche nel corso del 2021 (89,4%).

Indicatori e target – SIGLA:

Copertura aziendale flusso SIGLA: LINK ricoveri in SIGLA e confronto con ricoveri in SDO. Interventi monitorati; Target 90%

Per quanto riguarda la copertura Sigla/SDO (attestata al 72,76%) il gap rispetto all'obiettivo prefissato è stato determinato dal ritardo di avvio dell'informatizzazione delle liste di attesa delle cardiologie della Romagna a causa della pandemia. Nel corso del 2022 si procederà all'informatizzazione secondo un nuovo piano definito dall'azienda.

Indicatori e target – SDO:

campo check list di sala operatoria: Target 0% compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66

Il campo check list di sala operatoria è sempre correttamente compilato con 0 e 1 nel 99,1% dei casi con codice di procedura 00.66.

codice procedura 00.66: Target 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)

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

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

Per quanto riguarda i ricoveri programmati con data di prenotazione = data di ammissione si segnala che nel corso del 2021 è stata portata a termine l'informatizzazione delle sale operatorie con l'applicativo unico della Romagna. Al momento l'obiettivo si attesta al 9,12%, ma verrà sicuramente migliorato nel corso del 2022.

5. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

5.1. Sistema ricerca e innovazione regionale

L'Azienda ha fattivamente collaborato alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, in ottemperanza alla DGR 910/2019 e con particolare riguardo alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER e al supporto delle attività progettuali regionali.

Indicatori e target:

Le Aziende dovranno assicurare che le Segreterie dei CE e gli Uffici Ricerca procedano alla corretta alimentazione della piattaforma. Target: Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico in modo esaustivo (valori mancanti < 10%)

L'ufficio Ricerca dell'Ausl Romagna ha alimentato costantemente ed in modo esaustivo la piattaforma SIRER. Inoltre, ha supportato i PI locali sia nella sottomissione etica (predisposizione della documentazione necessaria) che nella definizione degli aspetti metodologici.

Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati per l'applicazione del documento regionale

L'ufficio ricerca AUSL, in collaborazione con IRST Meldola, ha risposto a fine 2021 all'indagine della regione "Questionario IR- Attività 2020". Altresì l'Azienda garantirà la partecipazione e collaborazione a tutti i gruppi regionali che verranno attivati.

5.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere (Schede 9-11)

Nel corso del 2021 le strategie di equità, come approccio strutturale del sistema servizi sanitari e sociosanitari, sono state sviluppate pur con i rallentamenti fisiologici determinati dalle recrudescenze pandemiche del Covid 19 e proprio tenendo conto delle esperienze maturate nell'ambito della gestione dell'emergenza Covid.

Al fine di avviare una riflessione su come le prassi organizzative e lavorative si sono modificate a seguito dell'emergenza Covid e sulle conseguenti difficoltà/priorità emergenti in termini di equità dei servizi e individuare i meccanismi che consentono di superare tali difficoltà, un gruppo di professionisti della AUSL Romagna ha partecipato a un Laboratorio Regionale di approfondimento e riflessione su ***"Equità in pratica nell'epoca Covid-19"*** tenutosi in modalità on line nel mese di dicembre 2020. I risultati del laboratorio sono stati condivisi e discussi nell'ambito del coordinamento regionale Equità e Diversità a cui hanno partecipato i referenti aziendali Equità o loro delegati.

Indicatori e target:

Individuare un referente aziendale per l'equità e assicurarne la partecipazione ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità & Diversità

Il referente Aziendale Equità dell'Ausl Romagna ha partecipato agli incontri regionali che si sono svolti nelle giornate del 16 febbraio e del 7 dicembre 2021.

Inoltre, in data 15 settembre 2021, ha partecipato al laboratorio Regionale organizzato insieme a WHO Europe di presentazione dei risultati del progetto ***MIMICO sul "Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 sull'equità nell'assistenza ospedaliera in Emilia-Romagna"*** e di discussione e condivisione sugli obiettivi. L'incontro ha permesso di focalizzandosi sulle criticità dei modelli organizzativi attuali e sulle linee di sviluppo che potrebbero diventare leva per la programmazione futura in termini di equità.

Attivare un percorso, in collaborazione con l'ASSR, per la definizione del piano aziendale delle azioni sull'equità e della struttura del board aziendale equità, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione

Durante il primo semestre 2021 è stato avviato il percorso, in collaborazione con l'ASSR, per la definizione del Nuovo Piano aziendale di azioni sull'Equità e della struttura del board aziendale equità, per renderli strumento di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione. Nello specifico si sono tenuti alcuni incontri preparatori del gruppo tecnico aziendale Equità, coordinati da ASSR, a un laboratorio che si è svolto in data 31 maggio 2021 e ha coinvolto la direzione Strategica aziendale e i componenti dello Staff della Direzione. Il documento di sintesi del laboratorio è stato trasmesso alla Direzione aziendale a ottobre 2021, quale traccia per la definizione dei nuovi piani e board aziendali equità.

Utilizzare almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale, anche in riferimento a quanto menzionato negli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione e alla Legge Regionale n. 19/2018

Nel corso del 2021 è stato elaborato il Profilo di Salute dell'AUSL della Romagna, con alcune specifiche riflessioni sulla pandemia e i suoi effetti e uno sguardo sulle disuguaglianze. Per quanto riguarda l'utilizzo di strumenti di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del territorio aziendale, è proseguito il gruppo di lavoro intersettoriale su Disuguaglianza Materno Infantile in particolare nell'Ambito di Cesena. Si prevede uno sviluppo più ampio del progetto coinvolgendo tutti i territori anche in riferimento a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.

Assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità.

Nell'ambito delle iniziative previste nel piano di azioni per l'Equità, è stato organizzato un evento formativo in tema di medicina di genere, a cura di un gruppo interdisciplinare costituito dal referente aziendale per la Medicina di Genere, dal referente Equità, dal responsabile del CUG Aziendale, dal responsabile della Formazione e dall'ASSR. L'iniziativa rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari dell'AUSL della Romagna dal titolo "Medicina di Genere: esperienze e futuri sviluppi" si è svolta il 22 dicembre 2021.

5.3. Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)

L'azienda opera costantemente per implementare modelli e strumenti informativi volti a promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini, con l'obiettivo di migliorare il rapporto medico-paziente, la relativa presa in carico e la facilitazione della comunicazione. In particolare, sono stati garantiti percorsi di Community Lab con la partecipazione attiva dei professionisti sanitari dell'Azienda

Indicatori e target:

Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto per azienda al percorso Community Lab "Promozione alla salute"

Nell'ambito di Ravenna il Consultorio Familiare ha partecipato al Progetto di "Promozione alla Salute" denominato "Will (Welfare Innovation Local Lab)", organizzato dal comune e orientato a sostenere progetti di promozione della salute nelle scuole in periodo Covid

Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto per azienda al percorso Community Lab "Programmazione partecipata"

Sul territorio di Forlì è stato approvato un Protocollo che vede il coinvolgimento dei servizi sanitari, dei servizi sociali e della scuola, giungendo alla creazione di una cabina di regia orientata al ben-essere dei giovani, che con la metodologia del Community Lab incentiva la partecipazione della cittadinanza coinvolta

5.4. Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)

Dal mese di aprile del 2021 si è attivata presso l'ambito di Forlì una "cabina di regia" territoriale impostata come spazio dialogico di pensieri e azioni e orientata a favorire la creazione di reti e a promuovere empowerment e partecipazione per una Comunità Educante.

Indicatori e target:

Partecipazione di almeno una azienda sanitaria per area vasta alla formazione intervento sull'approccio dialogico in accordo con gli enti locali

La "cabina di regia" al momento vede il coinvolgimento dei seguenti servizi inter-istituzionali che si occupano di promuovere salute nei giovani: Ufficio scolastico Provinciale, AUSL (Sanità Pubblica, Salute donna infanzia e adolescenza, Centro giovani, Neuropsichiatria Infantile), Comune di Forlì (Unità minori, Centro famiglie, Coordinamento assistenti sociali, Centro donna, Ufficio di Piano, Coordinamento pedagogico 0-6 anni), Rete adolescenza, ma vi è accordo sull'importanza di facilitare l'accesso di altri attori che si riterrà opportuno coinvolgere nel processo di lavoro.

Il percorso è supportato dal punto di vista metodologico (Community Lab) da operatori dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Sono stati effettuati diversi incontri per una condivisione di una visione sistemica e ragionare su come poter identificare azioni comuni, volte a generare benessere come bene collettivo della comunità e come promuovere il coinvolgimento di altri attori importanti

Partecipazione di almeno una azienda sanitaria per area vasta alle sperimentazioni nell'ambito dei Consultori Familiari

Nell'ambito del progetto regionale *"I consultori familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future?"* sviluppato con la tecnica del Community Lab, l'Azienda ha garantito la partecipazione di diversi ginecologi ed ostetriche al laboratorio on-line dal titolo *"Uniamoci per pensare in grande: puntiamo al salto di specie. Il Covid-19 come pedagogo per le politiche pubbliche di salute collettiva"*, effettuato il 23 e 24 febbraio 2021

5.5. Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

Sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei datiraccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER)

L'analisi dei dati per il triennio 2019-2020-2021 mette in evidenza un costante miglioramento della qualità dei dati relativi alla sorveglianza Sicher. Infatti, oltre alla percentuale di interventi sorvegliati, anche la durata del follow up mostra performance soddisfacenti ed in crescita:

- l'intervento di *"Colecistectomia"* nel 1° semestre 2021 presenta una durata media aziendale del follow up pari a 25 giorni, con alcuni presidi che raggiungono i 30 giorni (obiettivo > 24gg);
- l'intervento di *"Protesi d'anca"* riporta un dato medio di durata del follow up pari a 66gg nel 2020 (Obiettivo > 72gg).

Occorre segnalare che il raggiungimento degli standard previsti per il periodo di follow up (30 giorni per interventi non protesici e 90 giorni per interventi protesici) ha un pesante impatto sulle Unità Operative che devono individuare idonei percorsi organizzativi per il raggiungimento dell'obiettivo.

L'Infection Risk Index, inoltre, è calcolabile al 100% nella quasi totalità degli interventi chirurgici. Unitamente a questi tre fondamentali parametri è stato messo a punto un algoritmo che consente di intercettare infezioni non segnalate in Sicher, incrociando dati provenienti dai flussi SDO, Pronto Soccorso e

Laboratorio. Tale algoritmo si è rivelato molto ricettivo individuando, nei primi sei mesi del 2021, 313 possibili infezioni in ambito aziendale (nello stesso periodo ne sono state segnalate in Sicis 131). La verifica sulle infezioni presunte e non segnalate, realizzata in condivisione con i chirurghi e gli infettivologi, permette di ottenere dati realistici sui tassi di infezioni e iniziare a proporre confronti fra Unità Operative affini partendo dall'analisi dei rate di infezioni.

Indicatori e target:

% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati

Il target è stato raggiunto su tutti gli ambiti dell'AUSL Romagna con l'88,90% di interventi sorvegliati nei primi sei mesi dell'anno 2021.

Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER

La formazione sull'igiene delle mani, anche in correlazione all'uso dei guanti, è stata il principale argomento dei continui re-training formativi eseguiti negli anni 2020 e 2021, sia in ambito ospedaliero sia presso le strutture territoriali, in concomitanza con la situazione pandemica che ha insistito costantemente per tutto il periodo. L'utilizzo della App Mapper è stato discontinuo a causa sia di malfunzionamenti di tipo informatico sia di difficoltà organizzative legate alle prioritarie attività inerenti la pandemia. Nel mese di novembre 2021 l'Agenzia Sociale Sanitaria Regionale ha presentato un nuovo applicativo web di Mapper pertanto tutti gli ambiti aziendali hanno partecipato alla formazione offerta il 30 novembre e individuato i referenti del sistema. Durante il 2021 l'ambito di Rimini ha partecipato alla messa a punto e all'utilizzo sperimentale del sistema e ora funge da supporto tecnico per gli altri ambiti aziendali.

Indicatori e target:

Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza

Il target è stato raggiunto su tutti gli ambiti dell'AUSL Romagna nell'anno 2021 con 35,56l/1.000gg di degenza (dato annuale gennaio-dicembre 2021).

Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica

Il monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici avviene, a partire dal 2022, attraverso un form specifico, appositamente predisposto dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale e dal Servizio Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare per semplificare e centralizzare automaticamente la raccolta dei dati. Le strutture socio-sanitarie accedono direttamente all'applicativo web e i relativi report devono essere predisposti a livello regionale. Il personale che si occupa di rischio infettivo dell'Ausl Romagna resta disponibile a supporto di questa attività mentre ha mantenuto negli anni 2019-2021 un ruolo fondamentale nella formazione continua sull'igiene delle mani nel contesto dei re-training formativi realizzati in funzione della situazione pandemica da Covid-19.

Indicatori e target:

Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate

Come da indicazioni dell'Agenzia SSR, nel mese di marzo 2022, il DASS dell'AUSL Romagna ha inoltrato alle strutture socio-sanitarie apposita comunicazione per raccomandare l'inserimento sul nuovo applicativo web dei dati relativi al consumo di prodotti idroalcolici per gli anni 2019, 2020 e 2021 che non sono ancora stati raccolti a causa della sospensione delle attività standard nel contesto pandemico, pertanto non sono ancora disponibili i report annuali.

5.6. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Indicatori e target:

Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì

A distanza di due anni dalla verifica di accreditamento dell'AUSL Romagna, avvenuta a marzo 2019, è stata verificata l'adesione ai requisiti generali (DGR 1943/2017) e redatto un report in cui sono state valorizzate le azioni intraprese dal 2019 al 2021. Il report di autovalutazione è stato redatto da parte della U.O. Qualità e Governo Clinico in collaborazione con le funzioni trasversali aziendali, condiviso con la Direzione Sanitaria e formalizzato.

Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori pre-convocati (target 70%)

Nell'anno 2021 tutti i valutatori aziendali inseriti nell'elenco della ASSR hanno garantito la partecipazione alle visite di verifica in cui sono stati convocati formalmente.

Nell'anno in corso i Valutatori Regionali del Sistema Sangue dipendenti dell'azienda hanno partecipato all'aggiornamento previsto a fronte dell'applicazione dei nuovi requisiti specifici del Sistema Sangue (accordo stato-regioni 25 marzo 2021), un valutatore ha partecipato al corso di formazione ISS-CNT per Valutatore PMA e quattro valutatori hanno partecipato alla formazione per Valutatori Regionali Programmi di Screening.

5.7. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da COVID-19 ha reso necessario sviluppare modalità di formazione a distanza integrate nell'ambito di iniziative formative orientate al cambiamento organizzativo e alla modifica dei comportamenti professionali.

Le attività formative maggiormente in grado di promuovere il cambiamento dei comportamenti e di sostenere modifiche organizzative sono quelle erogate *blended*, ossia con alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona, FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale).

Indicatori e target:

Formazione erogata blended (alcuni esempi: sincrona + asincrona; sincrona + asincrona + formazione sul campo; residenziale + asincrona; sincrona+ formazione sul campo): n° eventi (almeno 3)

L'Azienda, per assicurare la formazione orientata sia al cambiamento organizzativo sia alla modifica dei comportamenti professionali, ha sviluppato modalità di formazione che integrano l'uso di tecnologie digitali alle modalità tradizionali e, per quanto riguarda in particolare la modalità blended, tali eventi hanno riguardato l'1,6% dei corsi (oltre 3 eventi).