



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000123
DATA: 27/06/2024 19:03
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Neri Andrea - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Donattini Maria Teresa - Direttore Amministrativo

Su proposta di Anna Rita Paterno' - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DISTRETTO
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO INFETTIVO
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
- DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO
- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- DIREZIONE ASSISTENZIALE
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- GOVERNO CLINICO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- FORMAZIONE
- ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ANATOMIA PATOLOGICA
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- UO AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- UO ECONOMATO E LOGISTICA
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI
- UO PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE
- TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICHE SANITARIE E DI RETE
- MEDICINA LEGALE

DOCUMENTI:

| File | Firmato digitalmente da | Hash |
|---------------------------------------|--|--|
| DELI0000123_2024_delibera_firmata.pdf | Donattini Maria Teresa; Neri Andrea; Paterno' Anna Rita; Rossi Andrea | 9AFA34D2B10AFA02A469593D4B863D11 0B6442738D5186F450F83B3EA643DA47 |
| DELI0000123_2024_Allegato1.pdf: | | D6993202CE461DC0640E4C62C02AD4DE A5B329016F15CA608C6CE1055DFA1D5E |



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

IL DIRETTORE GENERALE

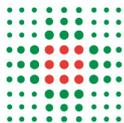
- Visto l'art.10 del D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che dispone che ogni Pubblica Amministrazione, anche al fine di consolidare il sistema delle relazioni intercorrenti tra la stessa e gli stakeholders, provveda annualmente a rendicontare attraverso apposita relazione i risultati conseguiti a livello di organizzazione complessiva in ordine agli obiettivi istituzionali assegnati;
- richiamato l'art. 11 della Legge Regionale Emilia Romagna 16.7.2018 n. 9 recante "*Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Reg. reg. 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale*", così come modificato dalla Legge Regionale Emilia Romagna n. 7 del 12.7.2023, che prevede l'adozione, da parte delle Aziende Sanitarie, della Relazione sulla Performance, quale documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione;
- richiamata la DGR 819 del 31.5.2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR";
- vista la DGR 990 del 19.6.2023 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR" che in specifico prevede che la Relazione sulla performance sia articolata in capitoli per Sezioni e Sottosezioni di programmazione, in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, disponendo altresì che alla Relazione sulla Performance sia allegata la Rendicontazione degli obiettivi della programmazione annuale regionale, contenuta nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale, compresa nel Bilancio di esercizio;
- atteso che la sopra citata DGR 990 del 19.6.2023 dispone altresì che la Relazione sulla Performance deve essere deliberata da parte delle Aziende del SSR successivamente all'adozione del Bilancio d'esercizio e pubblicata sul sito "Amministrazione trasparente" entro il 30 giugno di ogni anno;
- richiamata la Deliberazione n. 155 del 21.7.2023 con la quale l'Azienda ha adottato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025";
- richiamata la DGR 1237 del 17.7.2023 recante "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023";



- richiamata altresì la Deliberazione n. 84 del 30.4.2024 con la quale l'Azienda ha adottato il Bilancio di esercizio 2023;
- considerato che la "Relazione sulla Performance 2023" costituisce la rendicontazione annuale del suddetto "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025";
- posto che la Relazione sulla Performance 2023, comprende in allegato, il capitolo della Relazione sulla Gestione relativo al "Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 1237/2023", di cui al Bilancio di esercizio 2023, adottato con Deliberazione n. 84 del 30.4.2024;
- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2023 redatto dal Responsabile della SSU Programmazione e Controllo Direzionale, in staff alla Direzione Generale aziendale;
- ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2023 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Delibera

- 1) di adottare la Relazione sulla Performance dell'Azienda USL di Imola riferita all'anno 2023 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- 2) di provvedere alla pubblicazione, nell'apposita sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", della suddetta Relazione, in attuazione delle disposizioni vigenti;
- 3) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 18, comma 4, della LR n. 9 del 16/7/2018.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

AZIENDA USL IMOLA

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2023**

(ART. 11 LR n. 9/2018 – DGR n. 990/2023)

INDICE

| | |
|---|------------|
| Executive Summary | 4 |
| 1. Premessa | 6 |
| 2. Scheda descrittiva dell’Azienda | 7 |
| Chi siamo..... | 7 |
| Come operiamo | 9 |
| Il Contesto di riferimento..... | 12 |
| I dati di attività..... | 17 |
| I dati economici..... | 38 |
| Il personale..... | 40 |
| 3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE | 43 |
| 3.1. Sezione - Dimensione dell'utente | 46 |
| 3.1.1 Sotto sezione: Accesso e Domanda..... | 46 |
| Tabella Indicatori: UTENTE - Accesso e Domanda | 58 |
| 3.1.2 Sotto sezione: Integrazione..... | 59 |
| Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione | 92 |
| 3.1.3 Area degli esiti | 93 |
| Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti..... | 95 |
| 3.2 Sezione - Dimensione dell’organizzazione e dei processi interni | 96 |
| 3.2.1 Sotto sezione: struttura della offerta e della produzione | 96 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale | 116 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio | 117 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione..... | 118 |
| 3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico..... | 119 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico | 134 |
| 3.2.3 Sotto sezione: Organizzazione | 135 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Organizzazione | 145 |
| 3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale..... | 146 |
| 3.2.5 Sotto sezione: Rischi corruttivi e Trasparenza..... | 148 |
| Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza | 153 |
| 3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell’innovazione e dello sviluppo | 154 |
| 3.3.1 Sotto sezione: Sviluppo organizzativo e formazione..... | 154 |
| 3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità | 166 |

| | |
|--|------------|
| 3.4.1 Sotto sezione: Economico-finanziaria | 166 |
| Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria | 168 |
| 3.4.2 Sotto sezione: Investimenti e PNRR-PNC..... | 169 |
| Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti..... | 173 |
| 3.4.3 Sotto sezione: Sostenibilità ambientale ed energetica..... | 174 |
| Glossario acronimi..... | 175 |
| Allegato – Grado di raggiungimento degli obiettivi, di cui all’Allegato B della DGR 1237/2023 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2023” | 178 |

Executive Summary

L'attività aziendale attuata nel corso dell'esercizio 2023 ha perseguito gli obiettivi strategici e di mandato contenuti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (PIAO), di cui alla Deliberazione n. 155 del 21.7.2023, ripresi e articolati nel documento di programmazione annuale regionale, di cui alla DGR 1237 del 17.7.2023, recante "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2023". Nel quadro dei più ampi obiettivi aziendali perseguiti, l'attività aziendale 2023 è stata caratterizzata da specifici e peculiari interventi di sviluppo che si contraddistinguono come propulsori di miglioramento e consolidamento delle performance.

A livello territoriale, sono state condotte le azioni correlati al **DM 77/2022** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN, definendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il DM 77/2022 costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1, finalizzato alla definizione di un modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale nell'ottica di potenziare i servizi assistenziali territoriali e realizzare un sistema vicino alla comunità di riferimento.

In tale ambito, pertanto, l'Azienda ha proseguito l'attuazione degli interventi strutturali rientranti nel Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) e nel Piano Nazionale Complementare (PNC), relativi alle **Case della Comunità (CdC)**, alla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** e all'**Ospedale di Comunità (OdC)**, compresi nel proprio Piano Investimenti, al fine di rafforzare i servizi sanitari di prossimità, potenziando e adeguando le strutture e l'organizzazione preposte al governo e all'erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale in aderenza agli **standard del DM 77/2022**.

Con riferimento all'**Assistenza Domiciliare** l'Azienda ha registrato una performance migliorativa rispetto allo standard previsto in ambito ADI – PNRR, registrando una percentuale di pazienti over 65 presi in carico in ADI del 17,66% (standard = 8,5%).

L'Azienda ha, inoltre, mantenuto una particolare attenzione al miglioramento progressivo delle performance relative ai **Tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**.

A livello ospedaliero, l'Azienda ha realizzato interventi di innovazione tecnologia in tema di chirurgia robotica e mini-invasiva, con particolare riferimento alle discipline di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia e prestazioni specialistiche complesse in Gastroenterologia; al contempo, è stato attuato un potenziamento del dipartimento chirurgico che ha consentito di consolidare il volume di produzione e raggiungere le performance correlata al recupero della casistica pregressa e dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

In tema di emergenza-urgenza, già da dicembre 2023 è stata avviata la riorganizzazione della rete, secondo le linee di indirizzo regionali, di cui alla DGR 1206/2023, attivando il primo Centro di Assistenza Urgenza (CAU), inserito nella rete dell'emergenza-urgenza ed ubicato nell'ambito della istituenda Casa della Comunità Hub, quale struttura territoriale dotata di équipe medico-infermieristica per migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini con problematiche urgenti a bassa complessità.

L'attività complessiva operata dall'Azienda si è svolta in un contesto economico-finanziario, nazionale e regionale, in relazione al quale è stato posto particolare impegno al perseguimento del governo dei costi, in particolare dei fattori produttivi a maggiore assorbimento di risorse, portando avanti al contempo le azioni di sviluppo programmate.

Nel corpo del presente documento sono rappresentati nel dettaglio le azioni ed i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'Azienda, secondo l'impianto rappresentato nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025**.

In attuazione della DGR 990/2023, la Relazione sulla Performance, a partire dalla presente rendicontazione, comprende altresì - in allegato - il Capitolo della Relazione sulla Gestione, relativo al "**Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 1237/2023**", di cui al Bilancio di Esercizio 2023, adottato con Deliberazione n. 84 del 30.04.2024.

1. Premessa

La Relazione sulla performance costituisce il documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione ed è redatta in conformità alle indicazioni disposte dalla Regione con DGR 990 del 19.6.2023 recante "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR".

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** e la **Relazione sulla Performance** sono previsti dalla **Legge Regionale 9/2018** che ha aggiornato gli strumenti di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie, introducendoli in modo strutturale tra gli strumenti, rispettivamente, di programmazione e rendicontazione delle aziende sanitarie regionali.

Il livello di performance, sulla base degli indirizzi regionali, viene monitorato e misurato tramite gli indicatori disponibili sul sistema informativo regionale **SIVER – Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia Romagna**, riportati nel presente documento a rappresentazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e sulla base dei risultati attesi aziendali definiti ed assunti con il PIAO 2023-2025, di cui alla Deliberazione n. 155 del 21.7.2023.

La Relazione si pone in continuità con la consolidata esperienza aziendale di rendicontazione annuale ai cittadini e agli *stakeholder* istituzionali in ordine all'attività svolta ed è strutturata in coerenza con la struttura del PIAO 2023-2025, organizzato in Sezioni e Sotto – sezioni di programmazione, per fornire gli elementi informativi sulle azioni attuate nell'anno di riferimento in relazione agli impegni strategici assunti nel Piano stesso.

I contenuti della presente Rendicontazione sono coerenti e/o ripresi dalla "**Relazione sulla Gestione**", parte integrante del **Bilancio di Esercizio 2023**, di cui alla Deliberazione n. 84 del 30.4.2024, ove è rappresentato il grado di raggiungimento degli obiettivi correlati alla programmazione regionale annuale di cui alla **DGR 1237 del 17.7.2023**, laddove trattano i medesimi temi.

2. Scheda descrittiva dell'Azienda

Chi siamo

L'Atto Aziendale, al Titolo I, art. 2 – "Lo scopo" riporta (comma 1) quanto segue: L'Azienda Sanitaria di Imola è impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, prevalentemente rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza. L'Azienda Sanitaria di Imola ha lo scopo di:

- Tutelare, promuovere e migliorare la salute dei propri assistiti, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio.
- Offrire i servizi e le prestazioni di cura e assistenza e riabilitazione, con tempestività, continuità e qualità.
- Promuovere collaborazione ed integrazione dei professionisti e dei servizi, al proprio interno e con i partner esterni, sia a livello istituzionale che comunitario.
- Concorrere alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, anche mediante l'integrazione dei servizi socioassistenziali e sociali degli Enti Locali di pertinenza, per quanto espressamente previsto o delegato.

All'art. 4 (comma 1) si precisa che l'Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi e i valori istitutivi del Sistema Sanitario Nazionale, già definiti nella Carta costituzionale e ai principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale, coerenti e confermativi dei primi, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida:

- la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa vigente;
- la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno;
- la legalità e la trasparenza quali principi fondanti dell'agire aziendale, anche mediante le misure di prevenzione della corruzione, al fine di assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione;
- l'affidabilità, quale capacità di alimentare la fiducia dei cittadini, offrendo servizi e prestazioni appropriate ed efficaci, dimostrando efficienza, responsabilità e capacità di previsione;

- la dinamicità, intesa come la possibilità di modificare o trasformare le caratteristiche dell'Organizzazione, alla luce sia delle esigenze manifestate dal contesto socioculturale in cui si opera, sia delle necessità interne di cambiamento, ovvero di flessibilità, verso una migliore performance;
- la diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute;
- la trasparenza e la responsabilità di risultato garantite tramite la circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, sia internamente all'Azienda che all'esterno nei confronti degli organi istituzionali di governance, delle Organizzazioni Sindacali e delle Associazioni di cittadini.

Come operiamo

Assetto organizzativo aziendale

La struttura organizzativa, come tutte le organizzazioni sanitarie, è contraddistinta da una elevata complessità, generata dalle numerose attività, compiti e funzioni e dal grado di eterogeneità e interdipendenze fra queste: complessità che richiede importanti meccanismi di coordinamento e controllo.

L'Atto Aziendale, al Titolo IV, riporta i criteri generali di organizzazione e il sistema delle Responsabilità in base al quale si inquadra l'attività aziendale.

L'articolo 24 dell'Atto Aziendale esplicita che l'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, di autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità. Ciò si traduce nell'attribuzione e nella delega esplicita di responsabilità, nonché nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere coinvolti nella più efficace gestione aziendale e perseguire il raggiungimento degli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse a disposizione. L'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità ai dirigenti.

L'AUSL di Imola si articola in un **Distretto** e vede la presenza di un **Presidio Ospedaliero**.

Al fine di garantire un maggior coordinamento ed integrazione fra gli interventi di natura sociale (assicurati dal Servizio Sociale Territoriale dell'ASP), le attività di natura sanitaria (assicurate dall'Azienda USL) e le attività sociosanitarie (assicurate prevalentemente dalla Cooperazione Sociale), nell'ambito della Direzione Strategica si pone la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie.

Al governo della funzione assistenziale, Riabilitativa, tecnico sanitaria e della Prevenzione concorre il Direttore Assistenziale che opera nell'ambito della Direzione Strategica aziendale.

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un forte orientamento all'integrazione funzionale e allo sviluppo di sinergie professionali e di interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza, accompagnata da specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà delle attività su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. L'impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

La struttura dipartimentale

L'AUSL di Imola si articola su un unico **Distretto** ed è organizzata in **Dipartimenti**, quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, cliniche, assistenziali e di supporto dell'Azienda con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria. I Dipartimenti, che rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda, sono costituiti da: unità operative complesse (UOC); strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD) e componenti interne di UOC (SSU); altre forme di aggregazione configurate in responsabilità di "Programmi dipartimentali".

Il Dipartimento rappresenta, attraverso l'esercizio dei differenti ruoli e delle relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie. I criteri di aggregazione dei dipartimenti attengono a modelli organizzativi riferibili a: intensità e gradualità delle cure, condivisione piattaforme di degenza e tecnologiche, percorsi diagnostico terapeutici, aree specialistiche, continuità di presa in carico di specifici target di assistiti.

I Dipartimenti, sulla base di specifico accordo, possono anche essere ad attività integrata (DAI), al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di formazione e di ricerca. Il DAI aggrega una pluralità di strutture e di funzioni omogenee e/o complementari, per fini o per metodi, con lo scopo di garantire una gestione unitaria delle risorse, nonché l'ottimale coordinamento delle citate attività di assistenza, di formazione e di ricerca. Le modalità di funzionamento del DAI sono disciplinate da specifico regolamento. L'organizzazione dipartimentale, inclusa quella ad attività integrata, può assumere anche dimensione interaziendale, in ordine ad accordi tra Aziende Sanitarie della Regione, e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, funzionali a sinergie ed economie di scala.

A livello dipartimentale l'integrazione rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La mission dei dipartimenti è quindi incentrata sulla ottimizzazione di efficienza e flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, sviluppando piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

L'AUSL di Imola, in riferimento all'assetto dipartimentale, comprende tre **Dipartimenti ospedalieri**, tre **Dipartimenti territoriali** e due **Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata**:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA).
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO).
- Dipartimento Chirurgico (DiC).
- Dipartimento Cure Primarie (DCP).
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP).
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP).
- Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica (DIAP).
- Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI).

L'assetto dipartimentale si completa con il **Dipartimento Amministrativo e Tecnico** che comprende tutti i servizi di supporto in ordine alle principali funzioni amministrative (Segreteria Generale e Affari Legali, Amministrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali) e funzioni tecnico-strutturali (Tecnologie Sanitarie e Informatiche di Rete, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche ed Economato e Logistica).

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- Case della Comunità in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP).

- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e al Dipartimento Cure Primarie.
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC).

L'assetto prevede, inoltre, **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma Blocco Operatorio (afferenza CHIR e DEA).

Sono posizionate in **staff alla Direzione Generale**: SSU Programmazione e Controllo direzionali; SSU Informazione e Comunicazione; SSU Attività Amministrative Trasversali; Servizio Prevenzione Protezione; Medici Componenti.

Sono in **staff al Direttore Sanitario**: SSD Governo clinico, Qualità e Sicurezza; SSU Formazione; Psicologia Clinica; SS Medicina Legale.

L'assetto aziendale si completa con le **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Infermieristica e Tecnica.
- Direzione Assistenza Farmaceutica.
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

A livello di **Direzione Strategica** si collocano:

- Direttore Attività Socio-Sanitarie
- Direttore Distretto.
- Direttore Assistenziale.

Di seguito si riportano i Servizi Unici afferenti al **Dipartimento Amministrativo Metropolitan**:

- Servizio Acquisti AVEC (SAAV).
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP).
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP).
- Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF).

Il Contesto di riferimento

Territorio e popolazione

Il **bacino territoriale** imolese è costituito dai 10 Comuni facenti capo al "Nuovo Circondario Imolese", che coincide con l'ambito di competenza della AUSL di Imola (787,28 Km²).

Questa superficie rappresenta circa il 13% dell'Area Metropolitana Bolognese, con il Comune di Imola che, con 205 Km², si colloca al 1° posto per estensione territoriale ed al 2° per popolazione residente.

Il comprensorio, incuneato tra l'Emilia e la Romagna, con proiezioni verso le province di Firenze, Ravenna e Ferrara, è connotato da una zona di pianura caratterizzata da una alta concentrazione abitativa che, nel 2023, dopo alcuni anni di flessione, si attesta sul livello dell'anno precedente (230,75 pop/km²).

Il fenomeno si presenta anche nell'area collinare, con un rapporto pari a 99,66 pop/Km² nel 2023 in linea con la densità rilevata nel 2022.

Analizzando lo storico si registra un decremento complessivo medio, nell'arco temporale 2019 – 2023, pari a circa 1,3 residenti ogni Km², pur permanendo le variabilità comunali legate alla morfologia territoriale, alla vastità dell'area e alla vicinanza degli assi di comunicazione. Nel 2023, la zona di pianura "tiene" in termini di densità complessiva, grazie in particolare al Comune di Medicina (+0,4 ab. x km²). Il Comune di Mordano, in controtendenza, perde circa 1 residente per km². Nel territorio collinare-montano si rileva un decremento per i Comuni di Dozza (-1,4 ab x km²) e Borgo Tossignano (-0,85 ab x Km²).

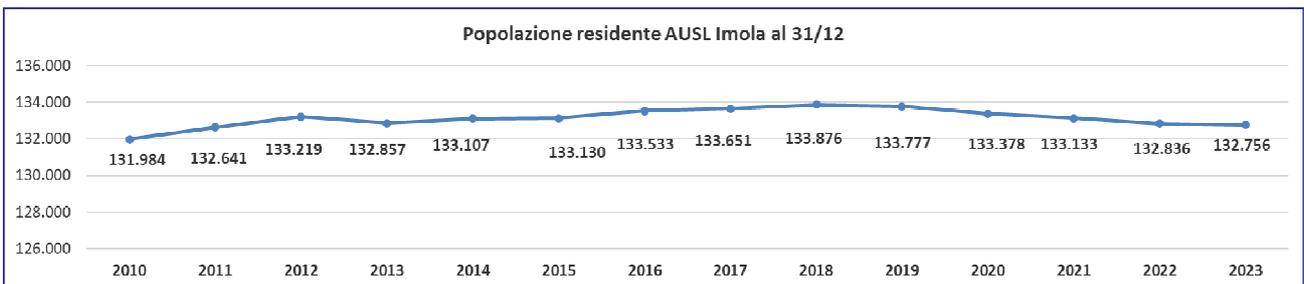
Il confronto su lungo periodo col 2010 mette in evidenza un calo della densità demografica in particolare nei Comuni di Castel del Rio e Borgo Tossignano. In pianura, il Comune Castel Guelfo in coerenza con le scelte insediative del periodo 2010-2020, rileva un +15 residenti/km².

| COMUNE ZONA ALTIMETRICA | SUPERFICIE Km ² | POPOLAZIONE RESIDENTE 31/12/2023 | DENSITA' DEMOGRAFICA (Pop./Km ²) | | | |
|----------------------------|-------------------------------|--|--|---------------|---------------|---------------|
| | | | 2023 | 2022 | 2019 | 2010 |
| IMOLA | 205,02 | 69.561 | 339,29 | 339,46 | 342,12 | 331,90 |
| MORDANO | 21,45 | 4.645 | 216,55 | 217,48 | 221,63 | 212,07 |
| MEDICINA | 159,11 | 16.835 | 105,81 | 105,39 | 105,98 | 102,39 |
| CASTEL GUELFO | 28,61 | 4.533 | 158,44 | 158,65 | 158,79 | 142,98 |
| TOTALE PIANURA | 414,19 | 95.574 | 230,75 | 230,74 | 232,50 | 224,47 |
| CASTEL S. PIETRO | 148,42 | 20.847 | 140,46 | 140,86 | 141,31 | 137,62 |
| DOZZA | 24,23 | 6.612 | 272,88 | 274,29 | 273,46 | 260,44 |
| CASALFUMANESE | 82,03 | 3.396 | 41,40 | 40,86 | 41,79 | 41,95 |
| BORGO TOSSIGNANO | 29,27 | 3.198 | 109,26 | 110,11 | 112,16 | 113,32 |
| FONTANELICE | 36,56 | 1.915 | 52,38 | 52,54 | 53,50 | 51,93 |
| CASTEL DEL RIO | 52,58 | 1.214 | 23,09 | 23,16 | 23,01 | 23,97 |
| TOTALE COLLINA | 373,09 | 37.182 | 99,66 | 99,89 | 100,45 | 98,26 |
| TOTALE GENERALE | 787,28 | 132.756 | 168,63 | 168,73 | 169,92 | 164,66 |
| Prov. Bologna | | | 276,13 | 275,16 | 275,47 | 267,94 |
| RER | | | 198,74 | 198,14 | 198,77 | 196,91 |
| ITALIA (2023 stimato) | | | 195,28 | 195,37 | 197,72 | 198,00 |

Fonte: 1) Regione ER. Statistica -Territorio con cod. altimetriche ISTAT 2) Italia Istat densità - Indicatore demografico (Demo Istat 1/1/2024)

La fotografia al 31/12/2023 vede la **popolazione residente** attestarsi a 132.756 unità (64.814 Maschi e 6.7942 Femmine - fonte RER), con un calo di 80 residenti rispetto al 2022.

La **curva demografica** mostra la tendenza degli ultimi anni connotata dall'aumento della forbice tra flussi migratori - maggiori in uscita rispetto agli ingressi - e da una dinamica che va a determinare un saldo demografico complessivo in decrescita. La curva demografica, dall'andamento piatto nel lungo periodo, a partire dal 2018 subisce un progressivo decremento. In termini assoluti, l'unico comune con segno "positivo" a confronto con il 2022 è Medicina (+67 residenti), grazie ad un saldo naturale meno negativo di altri, associato all'incremento di cittadini stranieri. Il saldo migratorio positivo risulta essere anche la leva dell'incremento di Casalfiumanese (+44 unità) nell'area collinare-montana.



In riferimento alla **composizione della popolazione** (struttura %) per macro classi di età, analizzate in un confronto di lungo periodo (2023 v/s 2010) si conferma l'andamento di due principali variabili: bassa natalità ed alto livello di invecchiamento. Nella tabella che segue viene mostrata la struttura della popolazione per classi di età a confronto tra 2023 e 2010.

| COMUNI | STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2023 | | | STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2022 | | | STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2010 | | |
|------------------|--------------------------------|--------|--------|--------------------------------|--------|--------|--------------------------------|--------|--------|
| | 0-14 | 15-64 | >=65 | 0-14 | 15-64 | >=65 | 0-14 | 15-64 | >=65 |
| IMOLA | 12,09% | 62,35% | 25,56% | 12,36% | 62,27% | 25,37% | 13,24% | 63,53% | 23,23% |
| MORDANO | 12,96% | 63,60% | 23,44% | 13,57% | 63,13% | 23,30% | 14,18% | 64,53% | 21,29% |
| MEDICINA | 12,78% | 63,44% | 23,78% | 13,10% | 63,74% | 23,16% | 14,71% | 64,28% | 21,01% |
| CASTEL GUELFO | 13,61% | 64,68% | 21,71% | 14,03% | 64,79% | 21,17% | 15,77% | 67,12% | 17,11% |
| CASTEL S. PIETRO | 11,70% | 61,04% | 27,27% | 12,08% | 61,10% | 26,81% | 13,30% | 63,86% | 22,84% |
| DOZZA | 12,49% | 64,67% | 22,84% | 12,88% | 64,75% | 22,37% | 15,53% | 66,46% | 18,01% |
| CASALFIUMANESE | 11,51% | 63,31% | 25,18% | 11,58% | 63,13% | 25,30% | 14,93% | 65,17% | 19,90% |
| BORGO TOSSIGNANO | 12,04% | 63,79% | 24,17% | 12,63% | 63,82% | 23,55% | 15,41% | 64,82% | 19,77% |
| FONTANELICE | 11,75% | 62,56% | 25,69% | 12,08% | 62,68% | 25,25% | 15,21% | 63,65% | 21,15% |
| CASTEL DEL RIO | 10,63% | 58,90% | 30,48% | 11,00% | 58,87% | 30,13% | 13,17% | 57,86% | 28,97% |
| TOTALE GENERALE | 12,18% | 62,55% | 25,26% | 12,51% | 62,55% | 24,95% | 13,78% | 63,99% | 22,23% |

Nel confronto di lungo periodo (2023 v/s 2010), l'approfondimento per classi di età, conferma tali tendenze, ed in particolare la diminuzione nella fascia 0-14 anni, che nel corso del 2023 a confronto con l'anno precedente, vede un calo di quasi 450 unità (-0,40%), attestandosi su un'incidenza pari a 12,18%.

La contrazione risulta prevalentemente concentrata nella fascia 0-10 anni, per la forte riduzione della natalità, specificità dell'ultimo decennio per l'area emiliano-romagnola. La fascia 15-64 anni mostra un'incidenza percentuale invariata rispetto al 2022, beneficiando in particolare della popolazione appartenente alla sottoclasse di età 15-29 anni.

La classe di età 0-14 anni, sostenuta in questi anni dalla componente extracomunitaria, cala circa del -1,6% a livello complessivo, la classe 15-64 anni, che connota la popolazione in età lavorativa, decresce del -1,4%, mentre la fascia della popolazione anziana ≥ 65 aumenta del +3%.

Nello specifico, la contrazione della fascia di età dell'infanzia omogenea sul tutto il territorio, presenta alcune specificità: per i Comuni di Imola e Mordano il calo risulta rispettivamente di -0,3% e -0,6%. Anche Borgo Tossignano presenta un delta negativo pari a -0,6%, mentre la maggior parte degli altri territori si assesta attorno ad un valore medio pari a -0,40%.

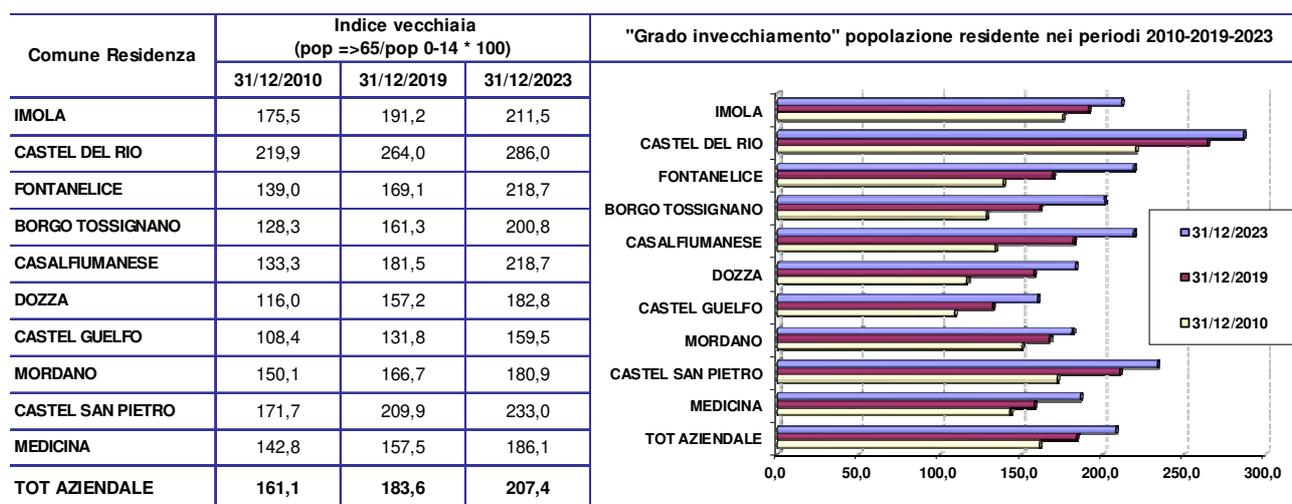
In riferimento alla classe mediana 15-64 anni, si rileva una contrazione per i comuni di Castel Guelfo e Castel San Pietro rispettivamente del -2,44 e -2,82%. Castel del Rio è l'unico comune che registra un incremento nella fascia di età 15-64 anni (+1,04%) a confronto con il 2010.

La fascia di età ≥ 65 aumenta nel confronto con il 2010 in tutti i 10 comuni, con particolare riferimento a Casalfiumanese con +5,3%, superiore all'incremento medio (+3,03%); seguono i comuni di Dozza e Castel Guelfo con una crescita del +4,5%. Il peso percentuale della classe di età "over 64" ha raggiunto il 25,3% (24,7% in Regione) e risulta più del doppio della classe 0-14 anni.

L'incremento delle classi anziane è ormai una costante, grazie alle coorti di nascita numerose del primo dopoguerra supportate, nel corso degli anni, dal miglioramento delle cure e dall'innalzamento della vita media. Il grado di **invecchiamento della popolazione** incrementa in coerenza, con un valore medio, nei 10 comuni, che tocca quota 207,4, raddoppiando la popolazione in età pediatrica. Nel 2023 tale indice raggiunge il valore di 207,4 vs il 199,5, del 2022. Nel 2010 l'indice si attestava a 161, per incrementare fino a 183,6 nel 2019 (ad ogni bambino fascia 0-14 corrispondono 2 "over 65" anni).

Il panorama comunale vede Castel Guelfo mantenere la specificità già riscontrata dal 2010 con un indice (159,5), molto al di sotto di quello medio, a testimoniare un maggiore ricambio generazionale.

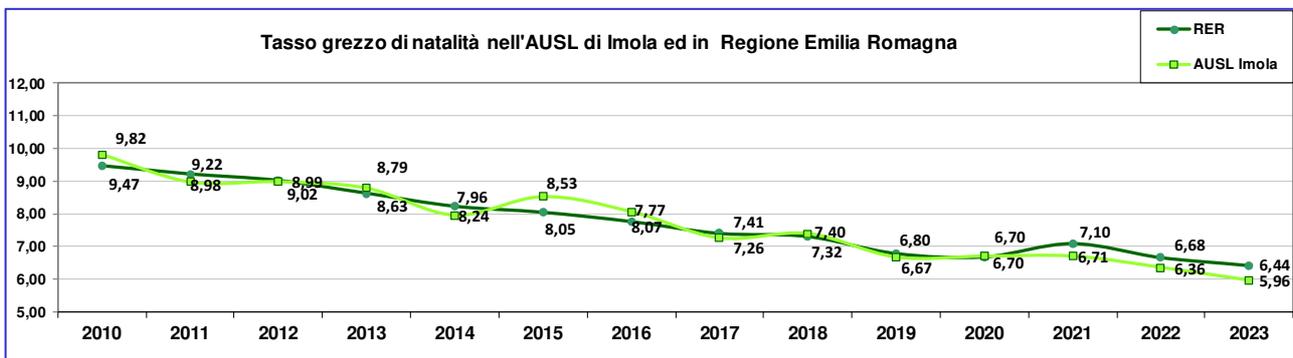
I comuni di Mordano, Dozza e Medicina si posizionano in un range tra 180% e 200%. Causa una prevalente sedimentazione delle classi anziane, la maggior parte degli altri comuni mostra valori al di sopra della media.



Nel confronto 2023-2019, i comuni che registrano un maggior incremento sono Fontanelice, Casalfiumanese e Borgo Tossignano. L'incidenza della popolazione anziana ≥ 65 sul totale complessivo residenziale ha raggiunto il 25,3% (1 residente su 4, è un adulto anziano). Aumentano anche le relative sotto classi: la popolazione ≥ 75 anni, a seguito della contrazione nel triennio 2019-2021 con una incidenza del 13,5% e quella dei grandi anziani ≥ 85 che si riporta sui livelli pre pandemia (4,5%).

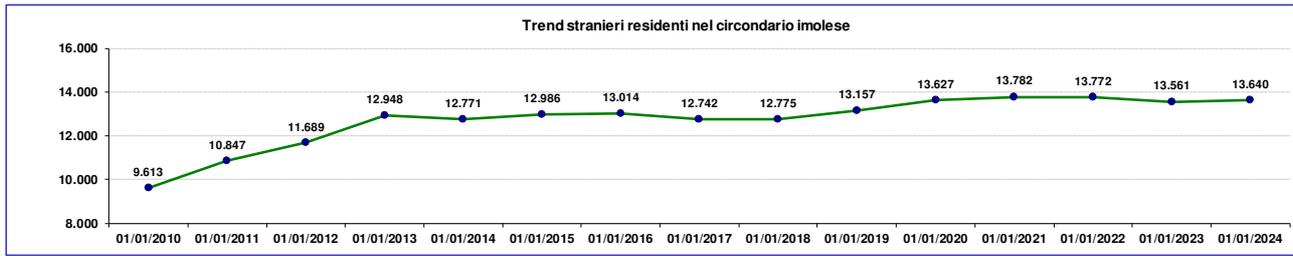
Nel 2023, il **tasso grezzo di natalità** (nati da residenti/media popolazione inizio periodo + fine periodo), decresce, dopo un periodo di tre anni pressoché invariato. L'ultima rilevazione al 31/12/2023 vede il tasso al 5,96 ‰, con un calo rispetto al 2022 di circa 53 nati residenti, condizione che associata alla diminuzione della popolazione, comporta un calo dell'indicatore, al minimo storico. Anche la curva regionale replica la diminuzione imolese, attestandosi ad un 6,44 ‰, sopra il livello del circondario imolese.

Il complesso fenomeno della denatalità, connesso all'“invecchiamento” della popolazione, vede come fattore di sostegno, l'apporto fondamentale della popolazione immigrata, desumibile dall'incrocio tra dati demografici e flusso nati. Nel 2023, il 30% dei nati residenti sono figli di madri con cittadinanza non italiana. Il calo della natalità è evidente, in particolare, in riferimento al bacino della popolazione femminile in età 15-49 anni, con un calo medio di 250 unità ogni anno. Questa riduzione nella fascia di età “feconda”, associato alla tendenza a posticipare la prima maternità, continua a generare un effetto di contrazione sul tasso di fecondità del territorio.



A seguito delle flessioni dell'ultimo periodo, la **popolazione straniera**, nel 2023 registra un lieve incremento. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana, si attesta, all'interno del bacino aziendale e secondo i dati RER, su 13.640 unità, con un'incidenza del 10,3% sulla popolazione complessiva.

Si deve comunque tenere conto, in particolare nell'ultimo biennio, delle sempre più numerose acquisizioni di cittadinanza italiana da parte della popolazione straniera residente.



I comuni con maggior "richiamo", nel 2023 risultano: Casalfiumanese e Medicina (+0,5%), Mordano e Castel del Rio (+0,2%). Il Comune di Dozza rimane allineato al valore 2022, mentre tutti gli altri comuni registrano un decremento.

Per quanto concerne le etnie, poco meno di 1 straniero su 3 è di cittadinanza rumena. Le altre etnie più rappresentative sono nell'ordine: marocchina (13%), albanese (12%), ucraina (7%), la pakistana (4,7%), tunisina (3,9%) e cinese (3%).

I dati di attività

Si riporta una sintesi dei principali e più importanti dati di attività a rappresentazione dei volumi di produzione realizzati dall'Azienda. Le tabelle di sintesi riportate, per livelli di assistenza, riguardano il triennio 2021 – 2023, e in alcuni casi viene presentato anche il confronto con l'anno 2019 (pre Covid).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'attività di degenza in regime ordinario, rappresentata in tabella (dati SDO), riporta a confronto l'attività 2023 con l'anno precedente (2022) e mantiene la rappresentazione dell'anno 2019 (pre-pandemico).

Il numero di casi SDO complessivi nel 2023 mettono in evidenza un incremento rispetto al 2022 del +5,1% (+592 casi).

ATTIVITA' DI DEGENZA: RICOVERI IN REGIME ORDINARIO

| DEGENZA ORDINARIA | ANNI | | | | | Scostamento Periodo 2023 - 2019 | | Scostamento Periodo 2023 - 2022 | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % | v.a. | % |
| N° casi (escluso Nido e Montecatone) di cui: | 13.079 | 10.791 | 10.886 | 11.714 | 12.306 | -773 | -5,9% | 592 | 5,1% |
| <i>DRG Medici</i> | 8.641 | 7.568 | 7.773 | 7.683 | 8.177 | -464 | -5,4% | 494 | 6,4% |
| <i>DRG Chirurgici</i> | 4.431 | 3.223 | 3.113 | 4.031 | 4.079 | -352 | -7,9% | 48 | 1,2% |
| % DRG Medici | 66,1% | 70,1% | 71,4% | 65,6% | 66,4% | | 0,4% | | 0,9% |
| % DRG Chirurgici | 33,9% | 29,9% | 28,6% | 34,4% | 33,1% | | -0,7% | | -1,3% |
| Peso medio DRG | 1,026 | 1,059 | 1,090 | 1,080 | 1,058 | 0,03 | 3,1% | -0,02 | -2,0% |
| Punti DRG | 13.421,80 | 11.431,40 | 11.875,40 | 12.656,10 | 13.029,60 | -392,2 | -2,9% | 373,5 | 3,0% |
| Degenza media | 7,78 | 8,32 | 8,57 | 8,13 | 7,88 | 0,10 | 1,3% | -0,25 | -3,1% |

In particolare, l'andamento dei DRG Chirurgici rileva nel 2023 un sostanziale mantenimento (+48 casi, pari a +1,2%) rispetto al 2022. I DRG medici mostrano un incremento del +6,4% rispetto all'anno precedente (+494 casi).

L'attività chirurgica. La tabella sotto riportata mostra l'attività di sala operatoria (Registro operatorio) per regime di accesso in riferimento agli interventi chirurgici, evidenziando lo scostamento dei volumi 2023 rispetto all'anno precedente (2022) e all'anno 2019 (pre-pandemia). A partire dal 2020, come descritto ampiamente nei diversi atti di rendicontazione degli anni precedenti, l'attività chirurgica aveva subito una importante contrazione di volumi di interventi dovuta alla sospensione dell'attività procrastinabile nel periodo emergenziale acuto della pandemia. La produzione aziendale nel 2020 presentava infatti un decremento del -30% vs il 2019 e nel 2021, per le stesse ragioni legate allo stato di emergenza, è stato rilevato un ulteriore decremento, seppur più contenuto e riguardante in particolare il regime di accesso ordinario.

Già nel 2022 è stato registrato un significativo incremento (+27,4%), proseguito nel 2023 che ha determinato il recupero dei volumi ed il consolidamento dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

La tabella sottostante rileva l'attività 2023 di sala operatoria con evidenza del regime di accesso. Il volume di interventi chirurgici 2023 viene mostrato a confronto con l'anno precedente (2022).

ANDAMENTO INTERVENTI CHIRURGICI PER REGIME DI ACCESSO

| Fonte dati: Registro Operatorio | ANNI | | | | Scost. 2023 - 2022 | | Scost. 2023 - 2019 | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|---------------|
| | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % | v.a. | % |
| Chirurgia - compresa attività c/o SPDH | 1.534 | 987 | 1.514 | 1.439 | -75 | -5% | -95 | -6% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 1.060 | 725 | 1.078 | 1.006 | -72 | -7% | -54 | -5% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 323 | 195 | 392 | 377 | -15 | -4% | 54 | 17% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 151 | 67 | 44 | 56 | 12 | 27% | -95 | -63% |
| Chirurgia Vascolare | 61 | 29 | 48 | 68 | 20 | 42% | 7 | 11% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 0 | 1 | 5 | 1 | -4 | -80% | 1 | |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 60 | 28 | 43 | 64 | 21 | 49% | 4 | 7% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | | 2 | |
| Breast Unit | 166 | 194 | 244 | 216 | -28 | -11% | 50 | 30% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 164 | 194 | 244 | 216 | -28 | -11% | 52 | 32% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | | -2 | |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | |
| Antalgica | 47 | 22 | 20 | 9 | -11 | -55% | -38 | -81% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | -1 | |
| <i>di cui : Day Hospital</i> | 40 | 22 | 20 | 9 | -11 | -55% | -31 | -78% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | | -6 | |
| Oculistica | 1.929 | 1.206 | 1.715 | 1.788 | 73 | 4% | -141 | -7% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 15 | 4 | 7 | 7 | 0 | 0% | -8 | -53% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 244 | 168 | 228 | 216 | -12 | -5% | -28 | -11% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 1.670 | 1.034 | 1.480 | 1.565 | 85 | 6% | -105 | -6% |
| Ortopedia | 1.674 | 1.288 | 1.521 | 1.574 | 53 | 3% | -100 | -6% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 1.037 | 880 | 1.072 | 1.093 | 21 | 2% | 56 | 5% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 214 | 165 | 223 | 312 | 89 | 40% | 98 | 46% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 423 | 243 | 226 | 169 | -57 | -25% | -254 | -60% |
| Ginecologia - Ostetricia | 1.078 | 728 | 739 | 780 | 41 | 6% | -298 | -28% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 670 | 413 | 373 | 475 | 102 | 27% | -195 | -29% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 406 | 314 | 365 | 275 | -90 | -25% | -131 | -32% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 2 | 1 | 1 | 30 | 29 | | 28 | |
| Otorinolaringoiatria | 862 | 525 | 562 | 572 | 10 | 2% | -290 | -34% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 574 | 309 | 389 | 478 | 89 | 23% | -96 | -17% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 279 | 213 | 171 | 91 | -80 | -47% | -188 | -67% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 9 | 3 | 2 | 3 | 1 | | -6 | |
| Urologia - compresa attività c/o SPDH | 1.034 | 787 | 1.018 | 1.015 | -3 | 0% | -19 | -2% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 885 | 732 | 906 | 923 | 17 | 2% | 38 | 4% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 148 | 53 | 110 | 89 | -21 | -19% | -59 | -40% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | | 2 | |
| Varie * | 211 | 184 | 200 | 224 | 24 | 12% | 13 | 6% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 147 | 133 | 158 | 186 | 28 | 18% | 39 | 27% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | | 0 | 1 | 0 | -1 | | 0 | |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 64 | 51 | 41 | 38 | -3 | | -26 | |
| TOTALE | 8.596 | 5.950 | 7.581 | 7.685 | 104 | 1,4% | -911 | -10,6% |
| Regime ordinario | 4.553 | 3.391 | 4.232 | 4.385 | 153 | 3,6% | -168 | -3,7% |
| Day Surgery/DH | 1.716 | 1.158 | 1.553 | 1.433 | -120 | -7,7% | -283 | -16,5% |
| Ambulatoriale | 2.326 | 1.401 | 1.796 | 1.867 | 71 | 4,0% | 460 | 19,8% |

*comprende gastroscopie – RMN e TC urgenti – FAV

Il totale degli interventi nel 2023 risulta vs il 2022 in linea, rilevando un lieve incremento (+104 interventi; +1,4%); in base al regime di accesso si riscontra, nel 2023 vs 2022, un incremento degli interventi in regime ordinario con +153 interventi (+3,6%) e in regime ambulatoriale con +71 interventi (+4%).

A completamento si riporta, in tabella, un dettaglio delle sedute di attività presso la struttura accreditata San Pier Damiano Hospital di Faenza, che a partire dal 2021, l'AUSL di Imola ha attivato al fine di recuperare l'attività sospesa nel periodo più acuto dell'emergenza e per garantire un progressivo ritorno ai volumi per-pandemici, in particolare per quanto concerne le discipline di Chirurgia e Urologia.

Tale attività, compresa nei volumi di interventi della tabella precedente (un "di cui"), viene rappresentata in riferimento al periodo 2021 – 2023.

| DETTAGLIO ATTIVITA' C/O SPDH | ANNI | | | Scost. 2023 - 2022 | |
|--|-----------|------------|------------|--------------------|--------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % |
| Chirurgia - interventi c/o SPDH | 11 | 176 | 143 | -33 | -19% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 11 | 79 | 54 | -25 | -32% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 0 | 97 | 88 | -9 | -9% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Urologia - interventi c/o SPDH | 69 | 30 | 0 | -30 | -100% |
| <i>di cui : Ordinario</i> | 68 | 13 | 0 | -13 | -100% |
| <i>di cui : Day Surgery</i> | 0 | 16 | 0 | -16 | -100% |
| <i>di cui : Ambulatoriale</i> | 1 | 1 | 0 | -1 | -100% |
| Totale attività chirurgica c/o SPDH | 80 | 206 | 143 | -63 | -31% |

Per un dettaglio sul monitoraggio dei tempi di attesa si rimanda alla Sezione 3.1 "Dimensione dell'Utente", sotto sezione 3.1.1 "Accesso e Domanda".

L'attività di **Day Service**, per ambiti clinici, mostra un incremento complessivo pari a +12% (+148 casi) vs il 2022 e del +10% (+129 casi) rispetto al 2019, mostrando un pieno recupero dell'attività.

Tale aumento è imputabile in particolare ai casi in ambito chirurgico ed internistico. Si registra, a confronto con l'anno precedente, una flessione di casi in Nefrologia (-41%; -24 casi) e Pediatria (-13%; -45 casi).

| DAY SERVICE | ATTIVITA' DAY SERVICE | | | | Scost. 2023-2019 | | Scost. 2023-2022 | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|------------|------------------|------------|
| | N. Pazienti trattati | | | | Var. | Var. % | Var. | Var. % |
| | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | |
| Chirurgico | 146 | 135 | 160 | 189 | 43 | 29% | 29 | 18% |
| Dipartimentale Internistico | 496 | 323 | 377 | 524 | 28 | 6% | 147 | 39% |
| Nefrologia | 17 | 61 | 59 | 35 | 18 | 106% | -24 | -41% |
| Gastroenterologia | 143 | 119 | 122 | 138 | -5 | -3% | 16 | 13% |
| Disturbi Cognitivi | 232 | 182 | 208 | 233 | 1 | 0% | 25 | 12% |
| Pediatico | 251 | 318 | 340 | 295 | 44 | 18% | -45 | -13% |
| TOTALE | 1.285 | 1.138 | 1.266 | 1.414 | 129 | 10% | 148 | 12% |

Nell'ambito degli **indicatori di efficienza**, il "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori NSG, mostra il seguente andamento (SIVER). Nel 2020 l'indicatore rileva un rapporto pari a 0,16 e nel 2021 pari a 0,15 in linea con il valore medio RER (0,15). Nel 2022 e 2023 il rapporto risulta pari a 0,18 (Risultato atteso 2022 <= 0,15), mentre il valore medio regionale 2023 risulta pari a 0,17.

L'attività 2023 del **Pronto Soccorso** dell'AUSL di Imola, a partire già dal 2022 confermava un incremento di accessi, che nel 2023 rileva un aumento pari a +3,7% (+1.779 accessi).

Per quanto riguarda i casi in OBI (Osservazioni Brevi Intensive PS e Pediatria) si registra un incremento del +11% rispetto al 2022.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

| ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO | | | | | Scost. 2023-2019 | | Scost. 2023-2022 | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|------------------|--------------|
| Accessi Pronto Soccorso Box | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % | v.a. | % |
| Pronto Soccorso Generale | 34.841 | 28.506 | 33.350 | 34.314 | -527 | -1,5% | 964 | 2,9% |
| PS Ortopedico | 6.198 | 4.419 | 5.155 | 5.137 | -1.061 | -17,1% | -18 | -0,3% |
| PS Oculistico | 3.242 | 2.043 | 2.433 | 2.848 | -394 | -12,2% | 415 | 17,1% |
| PS Pediatrico | 5.453 | 2.767 | 4.628 | 4.998 | -455 | -8,3% | 370 | 8,0% |
| PS Ginecologico | 3.157 | 2.347 | 2.379 | 2.426 | -731 | -23,2% | 47 | 2,0% |
| Totale Accessi PS | 52.891 | 40.085 | 47.946 | 49.725 | -3.166 | -6,0% | 1.779 | 3,7% |
| Osservazioni Brevi Intensive | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % | v.a. | % |
| Osservazioni Brevi Intensive PS | 3.265 | 1.188 | 1.930 | 2.163 | -1.102 | -33,8% | 233 | 12,1% |
| Osservazioni Brevi - Pediatria | 690 | 268 | 488 | 529 | -161 | -23,3% | 41 | 8,4% |
| Totale Osservazioni Brevi | 3.955 | 1.456 | 2.418 | 2.692 | -1.263 | -31,9% | 274 | 11,3% |

Di seguito si riporta l'indice di filtro PS, in base ai dati disponibili su DWH aziendale, calcolato come rapporto tra accessi PS esitati in ricovero su accessi complessivi al PS.

| Tutti i BOX PS: Indice di filtro PS | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | v.a. | % |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|-------------|
| Accessi PS | 52.891 | 40.085 | 47.946 | 49.725 | 1.779 | 3,7% |
| Ricoveri da PS (diretto + da OBI) | 8.118 | 7.380 | 7.114 | 7.495 | 381 | 5,4% |
| Indice di filtro PS (ricoveri da PS/accessi) | 15,3% | 18,4% | 14,8% | 15,1% | | 0,2% |

Si rimanda alla sotto sezione specifica per un dettaglio sugli esiti degli indicatori SIVER "Accesso e Domanda" in merito ai tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

La **mobilità passiva infra-RER SDO** complessiva, riferita al 2023, in termini di casi, registra un sostanziale mantenimento (+0,7%), pari a +46 casi rispetto al 2022. Si ricorda che nel 2021 e 2022 sono stati anni di significativi incrementi, conseguenza della generale contrazione, nel periodo di pandemia acuta, delle dinamiche di mobilità passiva ed attiva. In tabella il dettaglio sulla mobilità passiva in ambito Pubblico e Privato ed i principali andamenti per discipline presenti e non presenti in Azienda.

| MOBILITA' PASSIVA Degenza ordinaria | 2022 | 2023 | Var | Var% |
|--|--------------|--------------|-----------|-------------|
| TOTALE: | 6.352 | 6.398 | 46 | 0,7% |
| di cui PUBBLICO | 4.960 | 4.968 | 8 | 0,2% |
| di cui PRIVATO | 1.392 | 1.430 | 38 | 2,7% |

| MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline presenti in Azienda | 2022 | 2023 | Var | Var% |
|---|-------|-------|-----|------|
| Ortopedia | 1.269 | 1.286 | 17 | 1% |
| Cardiologia | 363 | 369 | 6 | 2% |
| ORL | 226 | 242 | 16 | 7% |
| Pediatria | 143 | 153 | 10 | 7% |
| Gastroenterologia | 25 | 27 | 2 | 8% |
| Oculistica | 122 | 145 | 23 | 19% |
| Psichiatria | 15 | 18 | 3 | 20% |
| Nefrologia | 15 | 19 | 4 | 27% |
| Urologia | 260 | 338 | 78 | 30% |
| Neurologia | 58 | 88 | 30 | 52% |
| Recupero riabilitazione | 58 | 79 | 21 | 36% |
| Chirurgia Generale | 691 | 680 | -11 | -2% |
| Ginecologia / Ostetricia | 465 | 448 | -17 | -4% |
| Lungodegenza | 67 | 64 | -3 | -4% |
| Pneumologia | 126 | 118 | -8 | -6% |
| Geriatrics | 40 | 37 | -3 | -8% |
| Medicina Generale | 348 | 304 | -44 | -13% |
| Terapia intensiva | 102 | 85 | -17 | -17% |
| Oncologia | 66 | 54 | -12 | -18% |

| MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline NON presenti in Azienda | 2022 | 2023 | Var | Var% |
|---|------|------|-----|------|
| Cardiochirurgia | 151 | 169 | 18 | 12% |
| Chirurgia vascolare | 222 | 189 | -33 | -15% |
| Chirurgia Pediatrica | 200 | 196 | -4 | -2% |
| Chirurgia maxillo facciale | 96 | 90 | -6 | -6% |
| Chirurgia toracica | 89 | 86 | -3 | -3% |
| Chirurgia plastica | 50 | 45 | -5 | -10% |
| Raditerapia oncologica | 42 | 32 | -10 | -24% |
| Neurochirurgia | 173 | 141 | -32 | -18% |

La **mobilità attiva SDO infra-RER** nel 2023, a confronto col 2022, presenta anch'essa una dinamica in incremento (+6%; +144 casi). Le principali variazioni vengono rappresentate in Tabella.

MOBILITA' ATTIVA RICOVERI

| MOBILITA' ATTIVA Degenza ordinaria | 2022 | 2023 | Var | Var% |
|--|--------------|--------------|------------|-------------|
| TOTALE | 2.372 | 2.516 | 144 | 6% |
| Principali andamenti per discipline presenti in Azienda | 2022 | 2022 | Var | Var% |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 287 | 353 | 66 | 23% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 200 | 234 | 34 | 17% |
| PEDIATRIA | 134 | 156 | 22 | 16% |
| CARDIOLOGIA | 50 | 64 | 14 | 28% |
| GASTROENTEROLOGIA | 33 | 49 | 16 | 48% |
| LUNGODEGENZA | 38 | 61 | 23 | 61% |
| CHIRURGIA GENERALE | 367 | 382 | 15 | 4% |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 182 | 191 | 9 | 5% |
| UROLOGIA | 320 | 275 | -45 | -14% |
| OCULISTICA | 98 | 87 | -11 | -11% |
| GERIATRIA | 92 | 86 | -6 | -7% |
| ONCOLOGIA | 44 | 22 | -22 | -50% |

ASSISTENZA TERRITORIALE

Gli interventi che hanno caratterizzato l'attività 2023 a livello territoriale sono correlati all'attuazione del **DM 23.5.2022 n. 77** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN definendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il DM 77/2022 costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1, finalizzato alla definizione di un modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard nell'ottica di potenziare i servizi assistenziali territoriali e realizzare un sistema vicino alla comunità di riferimento. In tale contesto l'Azienda ha dato avvio all'attuazione degli interventi rientranti nel **Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)** e nel **Piano Nazionale Complementare (PNC)**, relativi alle **Case della Comunità (CdC)**, alla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** e all'**Ospedale di Comunità (OdC)**, compresi nel proprio Piano Investimenti, al fine di rafforzare i servizi sanitari di prossimità, potenziando e adeguando le strutture e l'organizzazione preposte al governo e all'erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza domiciliare.

Questi interventi vengono rendicontati nella sezione "Dimensione Utente" e sotto sezione 3.1.2 "Integrazione" nell'ambito degli specifici obiettivi, della presente Relazione

In riferimento alla **specialistica ambulatoriale per esterni** (fonte DWH) la produzione complessiva aziendale 2023, rappresentata in tabella, viene messa a confronto con l'anno 2022 e l'anno 2019 (pre Covid), evidenziando un decremento di volumi rispetto all'anno precedente pari a -3,2% (-71.597 prestazioni), mentre a confronto con il 2019 si registra un sostanziale mantenimento +1,2% (+26.261 prestazioni), a conferma dei volumi di prestazioni che già nel 2022 registravano un netto recupero rispetto alla contrazione registrata a causa della pandemia.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

| Numero prestazioni erogate in regime SSN e paganti in proprio (no Libera professione) | | | | 2023 VS 2019 | | 2023 VS 2022 | |
|---|------------------|------------------|------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|
| | Dipartimento | 2019 | 2022 | 2023 | Var | Var% | Var |
| DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE | 1.602.453 | 1.718.501 | 1.668.706 | 66.253 | 4,1% | -49.795 | -2,9% |
| DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA | 7.554 | 2.122 | 2.572 | -4.982 | -66,0% | 450 | 21,2% |
| DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITA' INTEGRATA DI ANATOMIA PATOLOGICA | 13.265 | 13.350 | 12.411 | -854 | -6,4% | -939 | -7,0% |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE | 534 | 465 | 443 | -91 | -17,0% | -22 | -4,7% |
| DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA | 4.952 | 4.506 | 3.559 | -1.393 | -28,1% | -947 | -21,0% |
| DISTRETTO (Programmi Int. Anziani - Disturbi cognitivi) | 3.995 | 14.263 | 16.996 | 13.001 | 325,4% | 2.733 | 19,2% |
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO | 92.286 | 78.225 | 69.942 | -22.344 | -24,2% | -8.283 | -10,6% |
| DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE | 193.937 | 208.369 | 212.199 | 18.262 | 9,4% | 3.830 | 1,8% |
| DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO | 205.521 | 182.554 | 163.930 | -41.591 | -20,2% | -18.624 | -10,2% |
| TOTALE GENERALE (compreso PS) | 2.124.497 | 2.222.355 | 2.150.758 | 26.261 | 1,2% | -71.597 | -3,2% |

Il sistema regionale di rilevazione dei tempi di attesa TdA RER ("ex MAPS") monitora settimanalmente le visite e gli esami diagnostici previsti dal "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" (Delibera 603 del 15/04/2019), consentendo di registrare tutti gli appuntamenti forniti ai

pazienti al momento della prenotazione. In questo modo a ciascuna prestazione monitorata viene indicata la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa inferiore agli standard regionali.

Nelle tabelle a seguire vengono rappresentati gli **indici di performance** in riferimento agli standard regionali (**30 gg per visite e 60 gg per diagnostica**) relativi ai trimestri del 2023. Il colore verde indica che le prenotazioni effettuate con tempo di attesa entro lo standard risultano uguali o maggiori al 90% sul totale; il colore giallo identifica le prenotazioni comprese tra 60-89%; il colore rosso per le prenotazioni che risultano inferiori al 60% entro lo standard atteso sul totale delle prenotazioni.

Le tabelle su base trimestrale mostrano l'andamento 2023 (diagnostica e prime visite).

L'andamento distinto tra visite e diagnostica, relativo ai trimestri 2023, evidenzia indici di performance per le prestazioni diagnostiche, al di sotto del target atteso, ma superiori all'84%.

Questo andamento è rappresentato dalla prima tabella con i TdA Prestazioni di primo accesso specialistica ambulatoriale **Diagnostica** - fonte Portale TdA RER ex MAPS.

| TRIMESTRE | GENNAIO - MARZO 2023 | | APRILE - GIUGNO 2023 | | LUGLIO - SETTEMBRE 2023 | | OTTOBRE - DICEMBRE 2023 | |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Prestazioni: DIAGNOSTICA | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance |
| 09 Colonscopia | 392 | 33% | 482 | 56% | 291 | 75% | 355 | 64% |
| 11 Ecocolordoppler | 2981 | 100% | 2447 | 94% | 1841 | 71% | 1949 | 76% |
| 12 Ecografia Addome | 1934 | 76% | 1753 | 94% | 1547 | 98% | 1524 | 98% |
| 13 Gastrosocopia | 319 | 66% | 362 | 41% | 270 | 61% | 367 | 41% |
| 14 TAC del Capo | 286 | 99% | 165 | 100% | 153 | 100% | 242 | 100% |
| 15 TAC Addome | 130 | 60% | 137 | 99% | 73 | 92% | 141 | 84% |
| 16 RMN Cerebrale | 249 | 76% | 198 | 94% | 202 | 95% | 250 | 81% |
| 17 RMN Addome | 71 | 90% | 60 | 95% | 75 | 97% | 65 | 83% |
| 18 RMN della Colonna | 729 | 75% | 738 | 79% | 762 | 100% | 773 | 100% |
| 26 TAC Rachide e Speco Vertebrale | 72 | 100% | 76 | 100% | 93 | 100% | 72 | 100% |
| 27 TAC Bacino | 15 | 100% | 19 | 100% | 10 | 100% | 19 | 100% |
| 28 TAC Torace | 262 | 75% | 241 | 99% | 187 | 96% | 290 | 86% |
| 29 Ecografia Mammella | 15 | 100% | 23 | 100% | 16 | 100% | 17 | 100% |
| 34 Ecocolordoppler Cardiaca | 723 | 100% | 518 | 86% | 495 | 86% | 645 | 99% |
| 35 Elettrocardiogramma | 569 | 100% | 447 | 100% | 646 | 100% | 482 | 97% |
| 36 Elettrocardiogramma Holter | 318 | 96% | 207 | 100% | 228 | 100% | 238 | 77% |
| 37 Audiometria | 441 | 55% | 379 | 32% | 320 | 41% | 317 | 41% |
| 42 Mammografia | 185 | 100% | 162 | 100% | 177 | 100% | 154 | 93% |
| 43 Ecografia capo e collo | 1097 | 64% | 800 | 76% | 676 | 98% | 632 | 91% |
| 44 Ecografia ostetrica e ginecologica | 397 | 100% | 381 | 99% | 316 | 99% | 321 | 99% |
| 45 ECG da sforzo | 101 | 95% | 84 | 100% | 105 | 97% | 112 | 100% |
| 46 RM muscoloscheletrica | 718 | 95% | 622 | 100% | 653 | 100% | 738 | 100% |
| TOTALE DIAGNOSTICA | 12.004 | 84,5% | 10.301 | 86,5% | 9.136 | 88,5% | 9.703 | 86,5% |

Nel caso delle visite gli indici trimestrali evidenziano performance più basse, anche se superiori al 67% in riferimento ai primi tre trimestri 2023. Si veda la Tabella sottostante sul monitoraggio TdA Prestazioni di primo accesso specialistica ambulatoriale **Visite** - fonte Portale TdA RER ex MAPS.

| TRIMESTRE | GENNAIO - MARZO 2023 | | APRILE - GIUGNO 2023 | | LUGLIO - SETTEMBRE 2023 | | OTTOBRE - DICEMBRE 2023 | |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Prestazioni: VISITE | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance | Numero Prenotazioni | Indice di performance |
| 01 Visita Oculistica | 1.354 | 93% | 1.020 | 77% | 1100 | 88% | 1306 | 51% |
| 02 Visita Urologica | 654 | 99% | 535 | 97% | 553 | 95% | 639 | 86% |
| 03 Visita Fisiatrica | 720 | 61% | 559 | 100% | 565 | 94% | 505 | 99% |
| 04 Visita Endocrinologica | 493 | 100% | 334 | 75% | 406 | 38% | 441 | 42% |
| 05 Visita Neurologica | 313 | 87% | 289 | 97% | 285 | 79% | 240 | 90% |
| 06 Visita Ortopedica | 900 | 100% | 830 | 100% | 770 | 81% | 827 | 78% |
| 07 Visita Oncologica | 41 | 100% | 22 | 95% | 31 | 100% | 43 | 100% |
| 08 Visita Cardiologica | 1.082 | 100% | 768 | 99% | 703 | 99% | 948 | 99% |
| 22 Visita Ginecologica | 528 | 87% | 669 | 41% | 531 | 44% | 414 | 56% |
| 23 Visita Dermatologica | 800 | 84% | 952 | 70% | 1146 | 60% | 1146 | 57% |
| 24 Visita Otorinolaringoiatrica | 1.586 | 69% | 1.336 | 75% | 731 | 96% | 1085 | 58% |
| 40 Visita Gastroenterologica | 497 | 93% | 398 | 46% | 366 | 30% | 393 | 35% |
| 41 Visita Pneumologica | 627 | 53% | 420 | 22% | 272 | 45% | 315 | 53% |
| 47 Visita Diabetologica | 195 | 56% | 36 | 89% | 54 | 39% | 30 | 100% |
| TOTALE VISITE | 9.790 | 84,3% | 8.168 | 76,6% | 7.513 | 75,3% | 8.332 | 67,2% |

Per le prestazioni diagnostiche la performance è evidentemente migliore rispetto a quella delle visite, in quanto l'offerta locale risulta meno condizionata dalla scarsa disponibilità della risorsa critica (medici specialisti), che è meno impattante rispetto a quanto accade per le visite, dove la struttura dell'offerta prestazionale locale è estremamente anelastica, condizionata fortemente dalla disponibilità delle risorse medico-specialistiche presenti, e in molti casi non espandibile o modulabile, se non in minima parte; si conferma l'oggettiva difficoltà a contenere solo con strumenti organizzativi e di appropriatezza prestazionale l'incremento della domanda consolidata nel tempo.

Si ritiene necessario ricordare, inoltre, che l'AUSL di Imola è l'unica azienda territoriale per la quale il bacino di riferimento è solo distrettuale, restando pertanto esclusa la produzione degli altri soggetti pubblici e privati (AOSPU Bologna, AUSL Bologna, II.OO.R., Privato Accreditato) presenti nei restanti distretti metropolitani.

La difficoltà ad incrementare stabilmente l'offerta prestazionale e la grande variabilità nell'espressione della domanda sono le determinanti che spiegano le criticità nel governo dei tempi di attesa della specialistica nell'AUSL di Imola. Le azioni per il contenimento e lo smaltimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui al Piano Operativo Aziendale a valere per gli anni 2022-2023, sono state garantite. Si tratta di interventi sul versante dell'aumento della produzione (reclutamento di professionisti dipendenti, di specialisti convenzionati, accordi di fornitura con il privato accreditato, efficientamento produttivo), sul versante organizzativo (presa in carico del follow-up da parte dello specialista, presa in carico della cronicità da parte dei team di assistenza primaria), sul versante dell'appropriatezza (introduzione dei criteri di accesso nella cartella clinica dei MMG, monitoraggio dei quesiti diagnostici, formazione dei prescrittori) e dell'informatizzazione (liste di attesa per i controlli) che necessitano di una tempistica di sviluppo almeno biennale.

La **Mobilità Passiva ASA infra-RER** evidenzia un incremento complessivo pari a +9,5% (+26.196 prestazioni) rispetto al 2022. Rispetto all'anno precedente, in ambito Pubblico si rileva un +7,4% (+18.996 prestazioni); in ambito privato un +41% (+7.200 prestazioni) vs il 2022.

I dati riportati nelle tabelle sono tratti da ReportERHome - SISEPS (Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna).

MOBILITA' PASSIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

| MOBILITA' PASSIVA Specialistica Ambulatoriale per esterni | 2019 | 2022 | 2023 | Var 2023 vs 2022 | | Var 2023 vs 2019 | |
|--|---------|---------|---------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| TOTALE complessivo | 313.909 | 275.875 | 302.071 | 26.196 | 9,5% | -11.838 | -3,8% |
| Mobilità passiva per Ambiti | 2019 | 2022 | 2023 | Var 2023 vs 2022 | | Var 2023 vs 2019 | |
| TOTALE Ambito Pubblico | 286.711 | 258.301 | 277.297 | 18.996 | 7,4% | -9.414 | -3,3% |
| TOTALE Ambito Privato | 27.198 | 17.574 | 24.774 | 7.200 | 41,0% | -2.424 | -8,9% |

L'Azienda, durante il 2023, ha mantenuto una particolare attenzione al governo per il miglioramento delle performance relative ai **tempi di attesa delle prestazioni specialistiche** e a garantire la continuità assistenziale tramite l'incremento della presa in carico dello specialista.

Anche per il 2023, pur persistendo delle difficoltà discendenti la situazione pandemica 2020-2021, è stato mantenuto l'impegno relativo:

- Al miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali anche in applicazione del DPCM sui LEA del 12/1/2017. In particolare, si è definito un elenco di prestazioni e di relativi appropriati quesiti di prescrizione, condivisi fra specialisti e MMG.
- All'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti (rispetto al totale delle prescrizioni) che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

In riferimento al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alla continuità assistenziale con la presa in carico da parte dello specialista, si rimanda alla sezione 3.1 "Dimensione Utente" e sotto sezione 3.1.1. "Accesso e domanda", obiettivo: "Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale".

Assistenza farmaceutica. La programmazione regionale per la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata definita prevedendo un obiettivo di spesa per l'AUSL di Imola, di cui alla nota RER prot. 24/02/2023 0178175U, in atti prot. 7431 del 24.2.2023, corrispondente ad un +0,7%.

In materia di appropriatezza di consumi e di spesa, nel corso degli anni, sono stati avviati interventi di miglioramento, nell'ambito dei quali, costituiscono elementi di presidio: la promozione del ricorso ai farmaci generici, l'ottimizzazione nel perseguimento dell'appropriata gestione delle terapie croniche, anche sulla base del piano nazionale cronicità, nonché l'impiego del Prontuario Terapeutico Regionale quale strumento di indirizzo alla pratica clinica.

L'Azienda, nel corso del 2023, ha continuato a perseguire l'impegno sull'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriatezza, la cui attività è altresì curata nell'ambito dell'organismo permanente di coordinamento Ospedale – Territorio, con i medici di assistenza primaria e, in particolare, dall'Organismo di verifica dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica dei medici di assistenza primaria.

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, la programmazione regionale prevedeva un aumento pari a +6,3% verso il 2022, con scostamenti differenziati tra le Aziende Sanitarie. Tale obiettivo è stato definito come il risultato tra fattori in incremento di spesa e fattori di potenziale risparmio, escludendo dal computo la spesa per i farmaci innovativi previsti nel fondo nazionale, l'ossigeno terapia, i vaccini e le terapie con i farmaci HCV in esito alla campagna di screening. L'obiettivo di spesa assegnato all'AUSL di Imola (nota RER prot. 24/02/2023 0178175.U, in atti prot. 7431 del 24.2.2023) corrispondeva ad un incremento del +7,7%.

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2023 è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2022 e alla media regionale.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER) | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var % Media RER 2023 - 2022 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|
| Farmaceutica convenzionata | € 15.972.036 | € 16.560.066 | € 16.246.512 | -1,9% | 1,7% |
| Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi) | € 23.436.599 | € 23.974.373 | € 25.967.507 | 8,3% | 7,2% |
| TOTALE SPESA FARMACEUTICA | € 39.408.635 | € 40.534.439 | € 42.214.019 | 4,1% | |
| Acquisto Ospedaliero | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var % Media RER 2023 - 2022 |
| Totale Acquisto Ospedaliero | € 23.436.599 | € 23.974.373 | € 25.967.507 | 8,3% | 7,2% |
| <i>di cui</i> | | | | | |
| Consumi interni e Diretta Fasce H - C | € 14.236.838 | € 14.702.316 | € 16.170.397 | 10,2% | 7,4% |
| Erogazione diretta di Fascia A | € 9.199.761 | € 9.272.057 | € 9.797.110 | 5,7% | 6,9% |
| Spesa Convenzionata netta pro capite pesata | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var 2023 - 2022 |
| Spesa netta pro capite pesata | € 118,78 | € 123,34 | € 121,09 | -1,82% | -€ 2,25 |
| Media RER | € 108,03 | € 111,20 | € 113,09 | 1,70% | € 1,89 |
| Scostamento Imola da media regionale | € 10,75 | € 12,14 | € 8,00 | -34,10% | -€ 4,14 |
| Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A) | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var 2023 - 2022 |
| Spesa pro capite pesata | € 187,20 | € 192,40 | € 194,11 | 0,9% | 1,71 |
| Media RER | € 183,46 | € 192,76 | € 200,33 | 3,9% | 7,57 |
| Scostamento da media regionale | € 3,74 | -€ 0,36 | -€ 6,22 | | -5,86 |

Assistenza infermieristica domiciliare. La Tabella mostra il numero di pazienti presi in carico, gli accessi e le prestazioni erogate (dati che comprendono anche le prestazioni occasionali).

I pazienti presi in carico nel 2023 registrano complessivamente un decremento rispetto al 2022 (-13%; -895 pazienti), in quanto il 2022 era stato un anno di grande recupero con la registrazione di incrementi significativi rispetto al 2021 e 2020.

In relazione al volume di accessi e prestazioni erogate, come mostra la tabella, si rileva invece un incremento rispettivamente del +10% (+ 5.867 accessi) e del +5% (6.257 prestazioni).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|--|---------|---------|-----------|--------|
| PAZIENTI IN CARICO | 6.994 | 6.099 | -895 | -13% |
| ACCESSI INFERMIERISTICI | 61.579 | 67.446 | 5.867 | 10% |
| ACCESSI INFERMIERISTICI PER PAZIENTE | 8,8 | 11,1 | 2,25 | 26% |
| PRESTAZIONI EROGATE | 122.258 | 128.515 | 6.257 | 5% |

Ospedale di Comunità (OSCO). L'Ospedale di Comunità (OSCO) di Castel S. Pietro Terme è una Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI), ubicato all'interno della Casa della Comunità, dove trova collocazione anche l'Hospice Territoriale (HT). Nel 2020 rispetto al 2019 (anno pre-pandemico) era stato registrato un incremento significativo di Posti Letto (da 21 a 36), casi trattati e giornate di degenza, conseguente l'attivazione delle degenze aggiuntive per post acuti COVID-19.

Questa implementazione dell'OSCO, avvenuta con la riapertura di spazi del quarto piano della Casa della Comunità di CSPT per accogliere in degenza post acuti pazienti NO COVID, è stata progressivamente rimodulata, a seconda delle temporanee esigenze; dal 30.6.2023 tali posti letto sono stati chiusi a seguito dell'intervento di manutenzione straordinaria, di cui al progetto PNRR, al fine di mantenere stabile tale offerta.

La Tabella riporta i volumi e i dati di degenza relativi al 2023 vs 2022, mostrando un decremento di casi trattati (-7%) e di giornate di degenza (-8,8%), in coerenza anche con il decremento dei PL.

In miglioramento risulta l'indice di occupazione (88% vs 96%). Si conferma con un lieve calo la degenza media (21,4 vs 21 giornate).

OSPEDALE DI COMUNITA' (SRCI) DI CSPT: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI) | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|-----------------------------------|-------|-------|-----------|--------|
| Posti letto | 36 | 21 | -15 | -41,7% |
| Casi trattati | 465 | 432 | -33 | -7,1% |
| Degenza media | 21,4 | 21,0 | -0,4 | -1,9% |
| Giornate di degenza | 9.941 | 9.065 | -876 | -8,8% |
| Tasso occupazione media | 87,9% | 95,5% | | 7,6% |

Hospice Territoriale. L'Hospice, collocato all'interno della Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto. Si tratta di una unità organizzativa rivolta all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

In Tabella i volumi, relativi al 2023 vs 2022, mostrano un decremento di casi trattati (-6%), con una degenza media pressoché invariata. Si registra in coerenza un decremento delle giornate complessive di degenza e del tasso medio di occupazione.

| HOSPICE TERRITORIALE DI CSPT: 2023 - 2022 A CONFRONTO | | | | |
|---|-------|-------|-----------|--------|
| HOSPICE TERRITORIALE CSPT | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| Posti letto | 12 | 12 | 0 | 0,0% |
| Casi trattati | 212 | 199 | -13 | -6,1% |
| Degenza media | 19,3 | 19,4 | 0,1 | 0,5% |
| Giornate di degenza | 4.087 | 3.853 | -234 | -5,7% |
| Tasso occupazione media | 93,3% | 88,0% | | -5,3% |

Psichiatria Adulti. L'AUSL di Imola ha dato avvio ad una riorganizzazione, in termini di gestione ed utilizzo dell'offerta complessiva della rete delle residenzialità psichiatriche, a seguito di un'analisi di fattibilità sulla rimodulazione delle strutture residenziali. Nell'ambito della rimodulazione dell'offerta residenziale è stata posta la qualificazione di una Residenza a Trattamento Riabilitativo estensivo (RTRe) del territorio a gestione del privato sociale, in Residenza a Trattamento Intensivo (RTI), in coerenza con il fabbisogno attuale di percorsi residenziali della comunità di riferimento, con il superamento della RTI a gestione diretta.

Sotto il profilo della degenza ospedaliera ordinaria (SPDC) si osserva un lieve calo di casi trattati rispetto al 2022 (-8 casi). Aumenta invece la degenza media ordinaria (+1,3 giornate medie) ed il tasso di occupazione PL ordinari presso SPDC mostra un positivo incremento. La tabella, in riferimento all'RTI, riporta l'attività al 30 giugno 2023.

| PSICHIATRIA ADULTI SPDC: 2023 - 2022 A CONFRONTO | | | | |
|--|-------|-------|-----------|--------|
| PSICHIATRIA ADULTI - SPDC | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| Casi trattati in degenza ordinaria | 290 | 282 | -8 | -3% |
| Casi trattati in RTI (n.ro dimessi) | 104 | 54 | -50 | -48% |
| Degenza media in regime ordinario | 12,8 | 14,0 | 1,3 | 10% |
| Tasso occupazione PL ordinari | 78,0% | 83,0% | | 5% |

Psichiatria Adulti Territoriale. Sul versante territoriale della Psichiatria Adulti, i dati rilevano un decremento di utenti presi in carico dal CSM pari a -5,3% (-155 casi). Il decremento in Day Service rispetto al 2022 (-21%; -49 casi) risulta comunque inferiore rispetto agli anni precedenti per effetto degli interventi messi in campo per migliorare l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni di DS. Le prestazioni erogate complessivamente in ambito territoriale evidenziano un lieve calo pari a -0,8% (-405 prestazioni) rispetto al 2022, in coerenza con la diminuzione degli utenti in carico.

In riferimento ai **Budget di Salute** si registra un aumento significativo nel 2023 rispetto all'anno precedente (da 46 a 53) nell'ambito della Psichiatria Adulti Territoriale.

PSICHIATRIA ADULTI TERRITORIALE: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------------|--------------|
| Utenti CSM | 2.933 | 2.778 | -155 | -5,3% |
| Casi Day Hospital Territoriale | 53 | 58 | 5 | 9% |
| Interventi di crisi in DHT | 141 | 116 | -25 | -18% |
| Utenti c/o Centro Diurno | 31 | 41 | 10 | 32% |
| Nuovi utenti presi in carico | 391 | 468 | 77 | 20% |
| Dimessi | 1.673 | 1.434 | -239 | -14% |
| Pazienti in Day Service | 237 | 188 | -49 | -21% |
| PRESTAZIONI EROGATE | 50.158 | 49.753 | -405 | -0,8% |

Neuropsichiatria Infantile. Si conferma il trend di incremento degli ultimi anni che ha caratterizzato tale area ed ha visto altresì il potenziamento degli interventi nell'ambito del Progetto PRIA su finanziamento regionale riguardo all'Autismo. Tale tendenza all'incremento ha reso il numero assoluto dei pazienti in carico esattamente il doppio di quanti erano in carico cinque anni fa. Nel 2023 gli utenti in carico rispetto al 2022 incrementano del +11%, pari a +307 utenti. Le prestazioni complessive in termini di volumi erogati, registrano in coerenza un aumento del +5% (+1.605 prestazioni).

NPIA: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|------------------------------|---------------|---------------|--------------|------------|
| Utenti in carico | 2.748 | 3.055 | 307 | 11% |
| Nuovi utenti presi in carico | 707 | 872 | 165 | 23% |
| Prestazioni erogate | 32.898 | 34.503 | 1.605 | 5% |

Dipendenze Patologiche. Si registra nel 2023 un incremento di utenti (+3%; +42 casi) con un volume complessivo di prestazioni erogate pressoché in linea con l'anno precedente.

In ambito di semiresidenzialità, presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno), si registra un incremento di 6 utenti e un lieve aumento delle giornate di degenza.

Nel 2023 gli utenti inseriti in percorsi di **Budget di salute** sono stati 6, come nel 2022.

DIPENDENZE PATLOGICHE: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| DIPENDENZE PATLOGICHE | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|--|--------|--------|-----------|--------|
| Utenti in carico | 1.220 | 1.262 | 42 | 3% |
| Nuovi utenti presi in carico | 280 | 311 | 31 | 11% |
| Prime visite | 455 | 482 | 27 | 6% |
| Prestazioni erogate | 34.736 | 35.036 | 300 | 1% |
| Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore | | | | |
| Utenti nell'anno | 79 | 85 | 6 | 8% |
| Nuovi utenti presi in carico | 42 | 47 | 5 | 12% |
| Giornate di degenza | 4.628 | 4.682 | 54 | 1% |
| Dimessi | 40 | 44 | 4 | 10% |

Consultorio Familiare. Gli utenti in carico nel 2023 presso il Consultorio sono lievemente aumentati rispetto all'anno precedente (+0,9%; +71 casi), mitigando la tendenza di crescita costante e significativa registrata negli ultimi anni, nonostante il periodo caratterizzato dalla pandemia da COVID-2.

Gli incrementi registrati per gli accessi (+4,3%; +1.209 accessi) e per le prestazioni erogate (individuali e di gruppo) pari a +8% (+2.354 prestazioni complessive), risultano più consistenti.

| CONSULTORIO FAMILIARE: 2023 - 2022 A CONFRONTO | | | | |
|---|---------------|---------------|------------------|---------------|
| UTENTI | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| TOTALE Utenti in carico | 8.131 | 8.202 | 71 | 0,9% |
| Consultorio familiare | 6.684 | 6.632 | -52 | -0,8% |
| Spazio donne immigrate e loro bambini | 26 | 37 | 11 | 42,3% |
| Spazio giovani (14 - 19 anni) | 722 | 813 | 91 | 12,6% |
| Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni) | 699 | 720 | 21 | 3,0% |
| ACCESSI | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| TOTALE Accessi | 28.444 | 29.653 | 1.209 | 4,3% |
| Consultorio familiare | 23.687 | 24.294 | 607 | 2,6% |
| Spazio donne immigrate e loro bambini | 110 | 190 | 80 | 72,7% |
| Spazio giovani (14 - 19 anni) | 3.104 | 3.465 | 361 | 11,6% |
| Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni) | 1.543 | 1.704 | 161 | 10,4% |
| PRESTAZIONI | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| TOTALE Prestazioni | 29.630 | 31.984 | 2.354 | 7,9% |
| Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie) | 29.283 | 31.571 | 2.288 | 7,8% |
| Prestazioni di gruppo (gruppi di persone) | 347 | 413 | 66 | 19,0% |
| PRESTAZIONI INDIVIDUALI | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| Prestazioni individuali per Tipo Operatore | 29.283 | 31.571 | 2.288 | 7,8% |
| GINECOLOGA/O | 12.867 | 12.664 | -203 | -1,6% |
| OSTETRICA/O | 12.387 | 14.379 | 1.992 | 16,1% |
| PSICOLOGA/O | 4.029 | 4.528 | 499 | 12,4% |

L'attività medico ostetrico-ginecologica, dettagliata nella tabella seguente, evidenzia un volume complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni in lieve decremento (-2,4%; -252 prestazioni), con particolare riferimento alle Ecografie (-7%; -193) e alle prime visite (-1%; -43). Calano anche le prestazioni terapeutiche (-8%; -13) e le Valutazioni esami (-10%; -51).

| ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA | | | | |
|--|---------------|---------------|------------------|---------------|
| Specialistica ambulatoriale per esterni | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| Ecografia | 2.963 | 2.770 | -193 | -7% |
| Altre prestazioni Terapeutiche | 168 | 155 | -13 | -8% |
| Prima visita | 4.931 | 4.888 | -43 | -1% |
| Visita di controllo | 1.996 | 2.048 | 52 | 3% |
| Non codificata: "Valutazione esami" | 499 | 448 | -51 | -10% |
| TOTALE | 10.561 | 10.309 | -252 | -2,4% |

La tabella sotto riportata mostra il dettaglio dell'attività delle Ostetriche in riferimento al "Sostegno al puerperio" e l'attività di assistenza alla gravidanza da parte del personale ostetrico.

ATTIVITA' OSTETRICHE

| Sostegno al puerperio | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|---|-------------|-------------|------------------|---------------|
| Accessi a domicilio | 115 | 110 | -5 | -4% |
| Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano) | 152 | 152 | 0 | 0% |
| Accessi puerpere ambulatorio consultoriale | 1.046 | 1.406 | 360 | 34% |
| Puerpere (residenti) contattate alla dimissione | 561 | 496 | -65 | -12% |
| Puerpere Totali contattate alla dimissione | 727 | 657 | -70 | -10% |
| Pronto latte (n° telefonate) | 1.431 | 1.330 | -101 | -7% |
| Assistenza in gravidanza | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
| Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA | 209 | 257 | 48 | 23% |
| Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA | 627 | 805 | 178 | 28% |
| Prelievo microbiologico | 558 | 470 | -88 | -16% |

PREVENZIONE

Le principali attività della funzione di Prevenzione riguardano: Programmi regionali di screening, Vaccinazioni infantili e adulti, Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro e Igiene Veterinaria. A partire dal 2022, con l'attenuarsi della emergenza pandemica, l'impegno del Dipartimento Sanità Pubblica è stato rivolto pienamente alle attività istituzionali ed in particolare alla implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, approvato con DGR 2144 del 20/12/2021. Il PRP si articola in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale.

Nel 2023, l'Azienda ha garantito l'impegno e la collaborazione per l'implementazione del Piano a livello locale al fine di garantire il raggiungimento degli indicatori di cui al documento di governance (DGR 58 del 24/01/2022). Per un maggior dettaglio si rimanda alla sezione 3.2 "Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni", sotto sezione 3.2.1 "Struttura dell'offerta e della produzione", obiettivo: "Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute".

Igiene e sanità pubblica. Si riporta in tabella il dettaglio dell'attività ordinaria di Prevenzione Malattie Infettive che nel 2023 mostra per alcune attività andamenti in decremento rispetto al 2022, in conseguenza alla riduzione dell'attività legata alla gestione dell'emergenza da SarsCov-2 sul territorio (attività di *contact tracing*, di sorveglianza, di notifica malattie infettive, ecc.), in particolare in riferimento all'attività di indagini epidemiologiche e di notifica malattie infettive. In contro tendenza si rileva l'incremento dell'attività di vaccinazione ordinaria che, venuta meno la gestione straordinaria della pandemia, nel 2023 registra un importante aumento che supera anche i volumi registrati nel periodo precedente alla pandemia, evidenziando una importante azione di recupero concentrata in particolare nel 2023 (15.331 vs 6.596 del 2022). L'attività di formazione per alimentaristi che aveva registrato un decremento significativo a partire dal 2020, con una vera e propria battuta d'arresto, nel 2023 rileva un'inversione di tendenza con l'assenza della pandemia, anche se non si raggiungono ancora i volumi 2019 (anno pre Covid).

Le dinamiche sopra esposte hanno determinato un saldo in decremento sul totale complessivo delle prestazioni erogate (2023: 27.344 vs 118.752 2022) con una riduzione pari a -77%.

Igiene e Sanità Pubblica: confronto 2023 - 2022

| ATTIVITA' | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|---|--------|--------|-----------|---------|
| Attività di Prevenzione Malattie Infettive | | | | |
| Vaccinazioni | 6.596 | 15.331 | 8.735 | 132,4% |
| Consulenze viaggiatori internazionali | 238 | 279 | 41 | 17,2% |
| Indagini epidemiologiche | 52.741 | 1.508 | -51.233 | -97,1% |
| Notifiche malattie infettive | 52.823 | 3.085 | -49.738 | -94,2% |
| Attività medico-legali di 1° livello | | | | |
| Visite e certificazioni medico legali | 1.708 | 1.665 | -43 | -2,5% |
| Accertamenti necroscopici | 985 | 897 | -88 | -8,9% |
| Attestati di formazione alimentaristi | 19 | 368 | 349 | 1836,8% |
| Attività di controllo della TBC | | | | |
| Visite tisiatiche | 87 | 75 | -12 | -13,8% |
| Attività medico-sportiva | | | | |
| Visite mediche | 559 | 701 | 142 | 25,4% |

| ATTIVITA' | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|--|----------------|---------------|-----------------|---------------|
| Campioni | | | | |
| Alimenti | 171 | 193 | 22 | 12,9% |
| Piscine, balneazione, terme | 249 | 248 | -1 | -0,4% |
| Acqua potabile / tamponi | 608 | 694 | 86 | 14,1% |
| Accessi | | | | |
| Alimenti | 540 | 530 | -10 | -1,9% |
| Abitato | 182 | 227 | 45 | 24,7% |
| integrate con S.Vet. | 114 | 119 | 5 | 4,4% |
| Pareri su igiene alimenti | 269 | 244 | -25 | -9,3% |
| Pareri su igiene abitato + NIP | 177 | 235 | 58 | 32,8% |
| Partecipazione a commissioni | | | | |
| Conferenze di servizio e commissioni | 471 | 795 | 324 | 68,8% |
| Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione | | | | |
| Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore) | 215 | 150 | -65 | -30,2% |
| Totale prestazioni | 118.752 | 27.344 | -91.408 | -77,0% |
| Totale prestazioni "pesate"(ore) | 217.626 | 28.403 | -189.223 | -86,9% |
| Ispezioni per 10 mila abitanti | | | | |
| Area Ambienti confinanti | 13,76 | 17,09 | 3 | 24,2% |
| % Aderenza Piani regionali campionamento | 91% | 98% | | 7,7% |

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro. L'attività ispettiva ordinaria sulle Unità locali controllate è risultata in decremento nel 2020, causa la situazione di difficoltà legata alla pandemia che si è riflessa su tutta l'attività tipica dell'Unità operativa.

A partire dal 2021 l'attività PSAL ha visto una graduale ripresa e un impatto sempre più ridotto delle attività in supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica (*contact tracing*, risposte telefoniche e via mail a utenza ed operatori sanitari, inserimento ed elaborazione dati informatici, invio lettere di quarantena a contatti scolastici, ecc.). Nel 2023 si registra complessivamente, in riferimento all'attività di controllo delle Unità Locali, un lieve decremento del -2% rispetto all'anno precedente, in particolare le ispezioni nelle aziende edili (-3%; -9 aziende controllate) e gli interventi volti alla tutela delle lavoratrici madri (-12). In aumento risultano invece le ispezioni in aziende appartenenti ad altri comparti (+17%; +11 aziende ispezionate).

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro: confronto 2023 - 2022

| UNITA' LOCALI CONTROLLATE | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Ispezione aziende edili | 277 | 268 | -9 | -3% |
| Ispezione aziende agricole | 30 | 28 | -2 | -7% |
| Ispezioni aziende altri comparti | 65 | 76 | 11 | 17% |
| Tutela lavoratrici madri | 21 | 9 | -12 | -57% |
| Inchieste infortuni e/o malattie professionali | 24 | 24 | 0 | 0% |
| Espressioni pareri | 0 | 2 | 2 | |
| TOTALI | 417 | 407 | -10 | -2% |

| PARERI | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|--|------------|------------|------------|-------------|
| Aminato e attività classificate | 63 | 70 | 7 | 11% |
| Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto | 184 | 134 | -50 | -27% |
| Pareri lavoratrici madri | 16 | 9 | -7 | -44% |
| TOTALI | 263 | 213 | -50 | -19% |
| PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI | | | | |
| Visite specialistiche medicina del lavoro | 79 | 68 | -11 | -14% |
| Partecipazione a commissioni mediche (gg.) | 53 | 43 | -10 | -19% |
| <i>di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08</i> | 22 | 22 | 0 | 0% |
| TOTALI | 132 | 111 | -21 | -16% |

Nel 2023 si conferma la tendenza in decremento, rispetto all'anno precedente, dell'attività legata ai Piani per la bonifica di materiali contenenti amianto (-27%) e, nell'ambito delle prestazioni sanitarie individuali, un calo delle visite specialistiche della medicina del lavoro (-14%) e della partecipazione a commissioni mediche (-9%). Complessivamente si rileva un lieve decremento delle prestazioni erogate e "pesate" (ore).

| ATTIVITA' COMPLESSIVA PSAL | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|------------------------------|--------|--------|-----------|--------|
| Totale prestazioni | 812 | 732 | -80 | -10% |
| N. prestazioni "pesate"(ore) | 12.898 | 12.604 | -294 | -2% |

La tabella seguente, sull'efficienza operativa e l'appropriatezza, mette in evidenza il rapporto tra unità operative controllate e quelle esistenti, nonché la percentuale di ricorsi contro il giudizio del medico competente esaminati entro 30 giorni e la percentuale di visite specialistiche effettuate entro 10 giorni dalla richiesta.

| EFFICIENZA OPERATIVA E APPROPRIATEZZA | 2022 | 2023 | Var. ass. | Var. % |
|---|-------|-------|-----------|--------|
| unità produttive controllate | 417 | 407 | -10 | -2% |
| unità produttive esistenti | 6.144 | 6.164 | 20 | 0% |
| % unità produttive controllate sul totale delle esistenti | 6,7% | 6,6% | 0 | -1% |
| % ricorsi contro il giudizio medico competente esaminati entro 30 gg. dalla richiesta | 86% | 100% | 0 | 14% |
| % visite specialistiche effettuate entro 15 gg. dalla richiesta | 100% | 100% | 0 | 0% |

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato dal livello regionale, pone quale valore di riferimento almeno il 7,5% nel 2023; ai fini del conseguimento mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA).

Gli indicatori, sotto riportati, vengono monitorati su piattaforma regionale SIVER (**PIAO 2023 – 2025**):

- (**IND0185**) % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. Target: $\geq 7,5\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda rileva un valore 2023 pari a 8,74% vs 9,28% nel 2022. Il dato medio regionale risulta pari a 8,08%.

- (**IND0187**) % cantieri ispezionati. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Per l'Azienda il valore 2023 risulta pari a 11,76% vs 15,76% del 2022. Il valore medio RER risulta pari a 11,13%,

Si riporta anche il seguente monitoraggio:

- **(IND708)** % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Valore di riferimento: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2023 pari a 24,04% vs 21,90% nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 26,16%. I dati interni confermano nel 2023 n. 25 cantieri amianto controllati su 104 piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D. Lgs 81/08) (18,6%).

Igiene veterinaria. L'Unità operativa aveva rilevato, a partire dal 2021 un'attività complessiva programmata in recupero, rispetto alle contrazioni registrate nel periodo pandemico. Nel 2023, si osserva un generale decremento degli interventi programmati un po' in tutti gli ambiti (-1.200; -12,2%).

Per quanto concerne gli interventi in emergenza si registra una contrazione, rispetto al 2022, pari a -18%, in particolare determinato dal calo di interventi per focolai malattie infettive.

Igiene veterinaria: confronto 2023 - 2022

| VOLUMI ATTIVITA' | 2022 | | 2023 | | scostamenti | |
|---|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|---------------|---------------|
| | N° prestazioni | prestazioni "pesate" (ore) | N° prestazioni | prestazioni "pesate" (ore) | Var. ass. | Var. % |
| Valutazioni epidemiologiche | | | | | | |
| N.ro interventi | 119 | 298 | 126 | 315 | 7 | 6% |
| Formazione, educazione alla salute | | | | | | |
| N.ro attestazioni | 4 | 32 | 9 | 72 | 5 | |
| guide tirocinio - n. | 129 | 2.322 | 10 | 180 | -119 | -92% |
| Informazione e comunicazione | | | | | | |
| N.ro iniziative | 11 | 55 | 7 | 35 | -4 | -36% |
| N.ro Pareri | 20 | 50 | 41 | 103 | 21 | 105% |
| Controllo ufficiale | | | | | | |
| Ispezioni - n. (fino al 2019) | 234 | 1.170 | 29 | 145 | -205 | -88% |
| Ispezioni con check-list - n. (dal 2020) | 310 | 2.480 | 551 | 4.408 | 241 | 78% |
| Audit - n. (dal 2020) | 16 | 800 | 7 | 350 | -9 | -56% |
| Verifiche - n. (fino al 2019) | 949 | 1.424 | 903 | 1.355 | -46 | -5% |
| Verifiche di follow-up - n. (dal 2020) | 29 | 116 | 13 | 52 | -16 | -55% |
| provvedimenti sanzionatori o penali - n. (dal 2020) | 15 | 750 | 10 | 500 | -5 | -33% |
| Verifiche stabilimenti riconosciuti | 1.954 | 1.622 | 1.149 | 954 | -805 | -41% |
| Campioni legali | 206 | 824 | 189 | 756 | -17 | -8% |
| Campioni conoscitivi | 1.116 | 837 | 565 | 424 | -551 | -49% |
| Profilassi | 1.182 | 2.364 | 762 | 1.524 | -420 | -36% |
| Valutazioni documentali | 1.257 | 251 | 2.062 | 2.062 | 805 | 64% |
| Certificazioni | 956 | 956 | 1.184 | 1.184 | 228 | 24% |
| Prestazioni sanitarie | | | | | | |
| Chirurgiche - n. interventi (dal 2020) | 270 | 540 | 263 | 526 | -7 | -3% |
| Mediche - ore | 514 | 1.028 | 476 | 952 | -38 | -7% |
| Provv. autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento | 203 | 508 | 209 | 523 | 6 | 3% |
| Consulenze specialistiche | | | | | | |
| Incontri con istituzioni | 16 | 48 | 16 | 48 | 0 | 0% |
| Valutazione pratiche | 339 | 678 | 68 | 136 | -271 | -80% |
| Totale interventi Programmati | 9.849 | 19.153 | 8.649 | 14.952 | -1.200 | -12,2% |
| Interventi in emergenza | | | | | | |
| Focolai mal.inf. | 19 | 1.900 | 2 | 200 | -17 | -89% |
| Piani straordinari | 5 | 125 | 6 | 150 | 1 | 20% |
| Allerte/NC | 25 | 625 | 32 | 800 | 7 | 28% |
| Totale interventi in Emergenza | 49 | 2.650 | 40 | 1.150 | -9 | -18% |

Per quanto riguarda l'indicatore di congruità al piano di lavoro aziendale per l'attività programmata la percentuale 2023 risulta in crescita, attestandosi al 93% (2022: 88%).

La tabella che segue rappresenta l'indicatore "Rispetto dello standard regionale di congruità" nell'ambito dei Piani di sorveglianza e monitoraggio con il dettaglio dell'attività svolte e le percentuali di congruità raggiunte.

Indicatore "Rispetto dello standard regionale di congruità"

| Piani di sorveglianza e monitoraggio | % congruità dal piano RER | Attività programmata secondo indicazioni RER | | | Attività svolta | | | % di congruità | | |
|--|---------------------------|--|------------|------------|-------------------|------------|------------|---------------------------------------|-------------|-------------|
| | | campioni previsti | | | campioni eseguiti | | | campioni eseguiti / campioni previsti | | |
| | | 2021 | 2022 | 2023 | 2021 | 2022 | 2023 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Piano campionamento alimenti controlli microbiologici | 90% | 74 | 60 | 60 | 14 | 10 | 48 | 19% | 17% | 80% |
| campioni prelevati conformi alle indicazioni del piano / campioni da prelevare secondo il piano | | | | | | | | | | |
| PNR e PRR | 95% | 53 | 55 | 49 | 53 | 55 | 49 | 100% | 100% | 100% |
| campioni eseguiti / campioni previsti | | | | | | | | | | |
| PNNA e PRAA | 95% | 42 | 43 | 43 | 42 | 43 | 39 | 100% | 100% | 91% |
| campioni prelevati in allevamento per PNAA (dato IZS) / campioni previsti dal PNAA (escluso extra-PRAA) | | | | | | | | | | |
| Piano micotossine | 95% | 11 | 11 | 10 | 18 | 17 | 4 | 164% | 155% | 40% |
| campioni prelevati in allevamento (dato IZS) / campioni previsti dal piano | | | | | | | | | | |
| Piani di sorveglianza e monitoraggio | % congruità dal piano RER | Attività programmata secondo indicazioni RER | | | Attività svolta | | | % di congruità | | |
| | | campioni previsti | | | campioni eseguiti | | | campioni eseguiti / campioni previsti | | |
| | | 2021 | 2022 | 2023 | 2021 | 2022 | 2023 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali | 96% | 238 | 231 | 298 | 307 | 309 | 334 | 129% | 134% | 112% |
| allevamenti e capi risultati controllati (dato IZB) / allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN) | | 210 | 213 | 149 | 289 | 284 | 167 | 138% | 133% | 112% |
| n.allevamenti e capi controllati (in autodichiarazione ASL) / n.allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN) | | 28 | 18 | 149 | 18 | 25 | 167 | 64% | 139% | 112% |
| TOTALE | 90% | 418 | 400 | 460 | 434 | 434 | 474 | 104% | 109% | 103% |

I dati economici

CONTO ECONOMICO 2023 – 2022 - 2021

| SCHEMA DI BILANCIO | Consuntivo 2021 | Consuntivo 2022 | Consuntivo 2023 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| A) VALORE DELLA PRODUZIONE | | | |
| 1) Contributi in c/esercizio | 269.662.256 | 273.959.044 | 284.063.025 |
| a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale | 257.128.191 | 267.897.936 | 276.678.316 |
| b) Contributi in c/esercizio - extra fondo | 12.524.693 | 6.061.108 | 7.384.709 |
| 1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati | 0 | 0 | 0 |
| 2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura L.E.A | 0 | 446.281 | 0 |
| 3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura extra L.E.A | 2.782.865 | 2.226.466 | 3.641.820 |
| 4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro | 18.959 | 26.506 | 30.553 |
| 5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) | 53.335 | 40.932 | 112.324 |
| 6) Contributi da altri soggetti pubblici | 9.669.534 | 3.320.923 | 3.600.011 |
| c) Contributi in c/esercizio - per ricerca | 9.373 | 0 | 0 |
| 1) da Ministero della Salute per ricerca corrente | 0 | 0 | 0 |
| 2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata | 0 | 0 | 0 |
| 3) da Regione e altri soggetti pubblici | 9.373 | 0 | 0 |
| 4) da privati | 0 | 0 | 0 |
| d) Contributi in c/esercizio - da privati | 0 | 0 | 0 |
| 2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -1.328.964 | -444.854 | -240.347 |
| 3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 3.596.780 | 3.955.230 | 3.360.744 |
| 4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 38.288.367 | 43.934.607 | 45.312.080 |
| a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche | 34.198.265 | 39.648.785 | 40.524.424 |
| b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia | 3.000.255 | 3.227.892 | 3.587.550 |
| c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro | 1.089.847 | 1.057.930 | 1.200.106 |
| 5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 9.831.449 | 11.225.140 | 6.226.072 |
| 6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 4.208.238 | 4.611.331 | 5.224.191 |
| 7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio | 4.978.290 | 4.424.301 | 4.489.422 |
| 8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | 0 | 0 | 0 |
| 9) Altri ricavi e proventi | 687.900 | 703.254 | 645.845 |
| Totale A) | 329.924.316 | 342.368.053 | 349.081.031 |
| B) COSTI DELLA PRODUZIONE | | | |
| 1) Acquisti di beni | 39.588.128 | 42.193.471 | 45.766.578 |
| a) Acquisti di beni sanitari | 38.346.936 | 41.146.276 | 44.542.977 |
| b) Acquisti di beni non sanitari | 1.241.192 | 1.047.196 | 1.223.601 |
| 2) Acquisti di servizi sanitari | 156.172.690 | 162.428.024 | 165.788.546 |
| a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base | 16.392.450 | 15.882.731 | 15.812.203 |
| b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica | 16.646.305 | 17.558.852 | 17.172.670 |
| c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | 20.280.128 | 20.432.367 | 19.993.359 |
| d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa | 10.297 | 9.959 | 5.606 |
| e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa | 1.264.839 | 1.297.520 | 1.390.936 |
| f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica | 972.399 | 966.290 | 972.561 |
| g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera | 58.219.648 | 61.686.749 | 61.331.932 |
| h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale | 4.078.377 | 4.280.215 | 4.331.322 |
| i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F | 7.653.387 | 8.530.234 | 9.671.901 |
| j) Acquisti prestazioni termali in convenzione | 749.295 | 929.941 | 1.043.940 |
| k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario | 948.750 | 878.163 | 1.056.247 |
| l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria | 17.533.446 | 18.865.810 | 20.394.434 |
| m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) | 2.037.565 | 2.330.734 | 2.828.340 |
| n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari | 2.299.140 | 2.005.304 | 3.664.048 |
| o) Co | 2.576.580 | 2.065.212 | 1.401.506 |
| p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | 4.510.084 | 4.707.942 | 4.717.541 |
| q) Costi per differenziale Tariffe TUC | 0 | 0 | 0 |
| 3) Acquisti di servizi non sanitari | 16.586.023 | 20.976.396 | 17.701.508 |
| a) Servizi non sanitari | 15.713.513 | 20.191.599 | 16.705.130 |
| b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie | 692.770 | 557.819 | 702.086 |
| c) Formazione | 179.740 | 226.977 | 294.291 |
| 4) Manutenzione e riparazione | 6.025.100 | 5.453.439 | 5.658.694 |
| 5) Godimento di beni di terzi | 1.548.934 | 1.658.308 | 2.283.613 |
| 6) Costi del personale | 93.831.526 | 95.360.355 | 97.045.613 |
| a) Personale dirigente medico | 28.124.520 | 27.933.330 | 28.438.841 |
| b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico | 2.951.807 | 2.960.411 | 3.058.946 |
| c) Personale comparto ruolo sanitario | 41.930.628 | 43.285.061 | 44.199.947 |
| d) Personale dirigente altri ruoli | 1.510.880 | 1.270.530 | 1.161.928 |
| e) Personale comparto altri ruoli | 19.313.691 | 19.911.024 | 20.185.951 |
| 7) Oneri diversi di gestione | 1.319.141 | 1.720.820 | 1.247.408 |
| 8) Ammortamenti | 5.242.119 | 5.355.386 | 5.407.037 |
| a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali | 502.495 | 605.954 | 361.616 |
| b) Ammortamenti dei Fabbricati | 3.487.075 | 3.543.528 | 3.552.611 |
| c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 1.252.549 | 1.205.904 | 1.492.811 |
| 9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | 88.646 | 192.596 | 687.087 |
| 10) Variazione delle rimanenze | 937.196 | 549.925 | -350.245 |
| a) Variazione delle rimanenze sanitarie | 529.210 | -2.097.606 | -370.083 |
| b) Variazione delle rimanenze non sanitarie | 407.986 | 2.647.531 | 19.839 |
| 11) Accantonamenti | 4.169.981 | 4.176.328 | 5.361.048 |
| a) Accantonamenti per rischi | 372.966 | 437.907 | 1.254.426 |
| b) Accantonamenti per premio operosità | 201.187 | 88.546 | 99.041 |
| c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati | 2.270.858 | 1.985.754 | 2.650.669 |
| d) Altri accantonamenti | 1.324.970 | 1.664.122 | 1.356.911 |
| Totale B) | 325.509.484 | 340.065.047 | 346.596.888 |

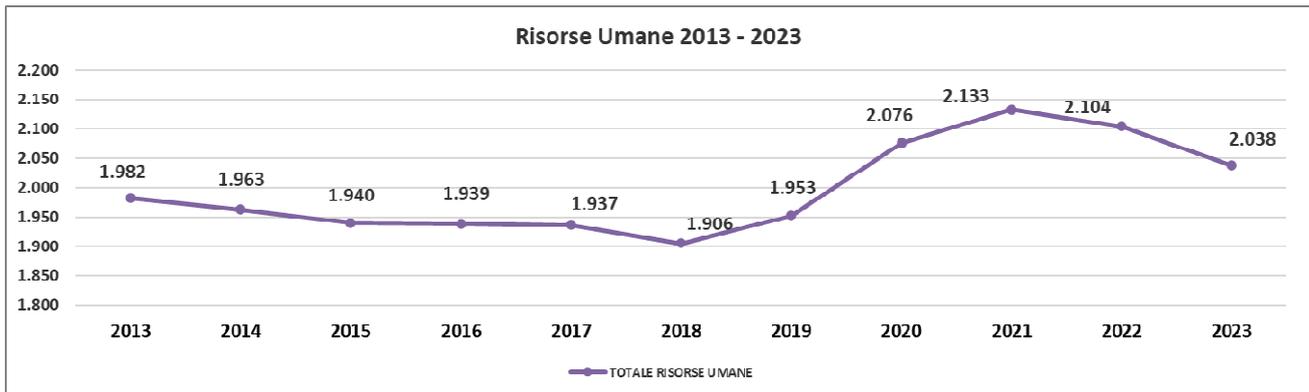
| | | | |
|---|------------------|-------------------|------------------|
| DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B) | 4.414.832 | 2.303.006 | 2.484.143 |
| C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI | | | |
| 1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari | 2.006 | 151 | 21.772 |
| 2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari | 179.455 | 199.299 | 674.229 |
| Totale C) | -177.449 | -199.148 | -652.457 |
| D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE | | | |
| 1) Rivalutazioni | 0 | 0 | 0 |
| 2) Svalutazioni | 0 | 0 | 0 |
| Totale D) | 0 | 0 | 0 |
| E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI | | | |
| 1) Proventi straordinari | 2.971.679 | 5.670.037 | 6.141.001 |
| a) Plusvalenze | 0 | 0 | 0 |
| b) Altri proventi straordinari | 2.971.679 | 5.670.037 | 6.141.001 |
| 2) Oneri straordinari | 572.864 | 4.532.974 | 1.103.311 |
| a) Minusvalenze | 10.206 | 7.850 | 759 |
| b) Altri oneri straordinari | 562.658 | 4.525.124 | 1.102.552 |
| Totale E) | 2.398.814 | 1.137.062 | 5.037.690 |
| RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E) | 6.636.197 | 3.240.921 | 6.869.377 |
| Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO | | | |
| 1) IRAP | 6.485.974 | 6.578.621 | 6.736.192 |
| a) IRAP relativa a personale dipendente | 5.968.440 | 6.147.099 | 6.281.377 |
| b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | 338.825 | 249.006 | 231.301 |
| c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia) | 178.709 | 182.515 | 223.514 |
| d) IRAP relativa ad attività commerciali | 0 | 0 | 0 |
| 2) IRES | 141.962 | 117.334 | 115.310 |
| 3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.) | 0 | 206.267 | 0 |
| Totale Y) | 6.627.936 | 6.902.222 | 6.851.502 |
| UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO | 8.261 | -3.661.301 | 17.874 |

Il personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2023, risultano complessivamente 2.038, registrando rispetto al 2022 una riduzione di -66 unità (-3%), prevalentemente personale dipendente (-66 unità). Il personale convenzionato cresce di +4 unità a fronte di una contrazione dei contratti libero professionali di -4 unità. La contrazione complessiva di risorse umane è riconducibile, in parte, al reclutamento resosi necessario nel 2021 per fronteggiare la gestione dell'emergenza pandemica che, a partire dal 2022, ha visto un progressivo ridimensionamento generale, come evidenziato anche dall'andamento rappresentato nel grafico.

| Tipologia contrattuale | 2021 | 2022 | 2023 | Var ass. 2022 - 2023 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Dipendente | 1.960 | 1.956 | 1.890 | -66 |
| Convenzionato* | 145 | 144 | 148 | 4 |
| Contratti libero-professionali | 28 | 4 | 0 | -4 |
| TOTALE | 2.133 | 2.104 | 2.038 | -66 |

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Medici Continuità Assistenziale



Il personale convenzionato è così suddiviso: Medici Medicina Generale (**93**), Pediatri di Libera Scelta (**18**), Medici di Continuità Assistenziale (**2**), Medici Specialisti Ambulatoriali (**27**) e Psicologi Ambulatoriali (**8**).

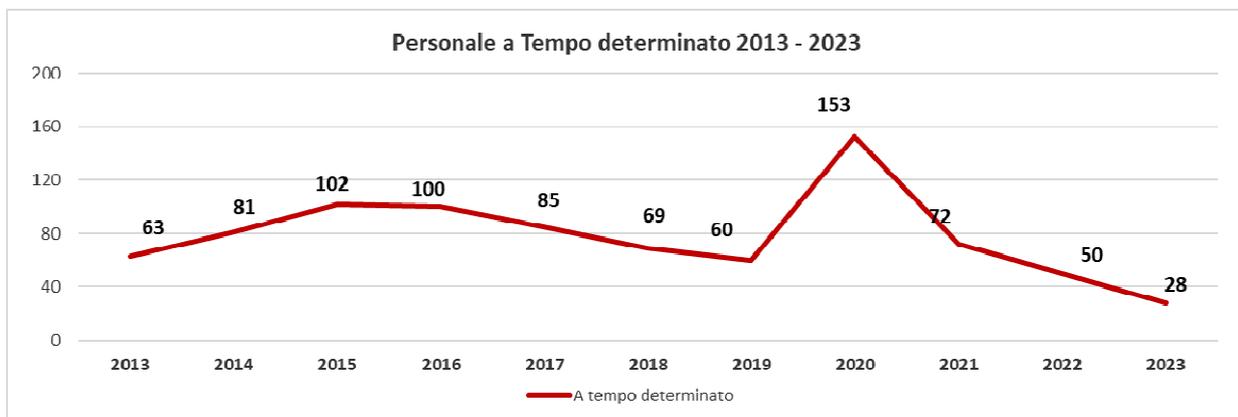
I **Medici Medicina Generale** assistono complessivamente una popolazione pari a **117.787** unità, mentre i **Pediatri di libera scelta** assistono complessivamente una popolazione pari a **15.373** unità.

Nella successiva Tabella si riporta la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con evidenza delle variazioni assolute e % rispetto all'anno precedente.

| Categorie personale dipendente | 2021 | 2022 | 2023 | Var. 2022 - 2023 | Var. % 2022 - 2023 |
|---|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------------|
| DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI | 317 | 323 | 319 | -4 | -1,2% |
| ALTRI DIRIGENTI PTA | 16 | 14 | 15 | 1 | 7,1% |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 909 | 908 | 867 | -41 | -4,5% |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 130 | 135 | 138 | 3 | 2,2% |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | 287 | 278 | 275 | -3 | -1,1% |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 179 | 178 | 170 | -8 | -4,5% |
| ALTRO PERSONALE | 122 | 120 | 106 | -14 | -11,7% |
| TOTALE | 1.960 | 1.956 | 1.890 | -66 | -3,4% |

La Tabella mostra un decremento complessivo sul personale dipendente di -66 unità, che ha interessato in particolare il personale infermieristico (-41 unità), altro personale (-14 unità) e personale amministrativo (-14 unità).

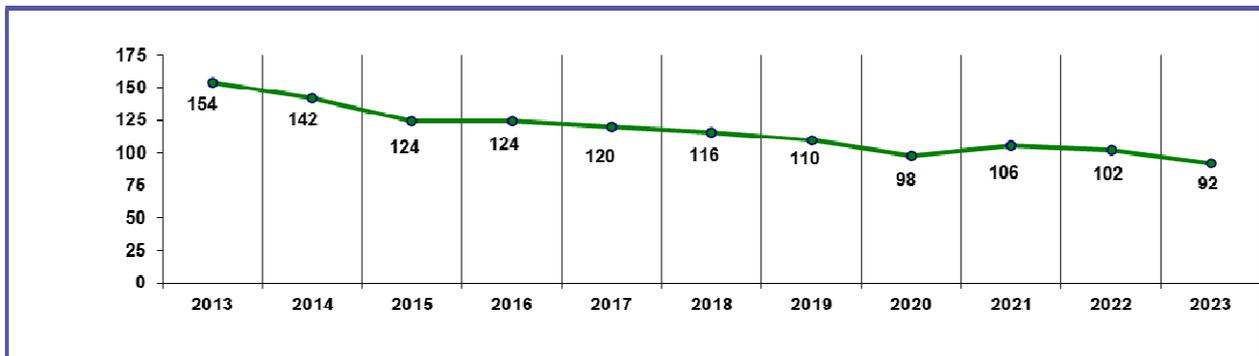
In riferimento al personale dipendente si evidenzia nei grafici sotto riportati l'andamento in incremento a partire dal 2019 del personale a tempo indeterminato che, nel 2023, registra una prima flessione (-44 unità), mentre la tendenza relativa al personale a tempo determinato riprende il graduale decremento (dal 2016), dopo il picco verificatosi nel 2020 a seguito della necessità di arruolare personale sanitario per far fronte all'emergenza pandemica che si conferma anche nel 2023 (-22 unità).



La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola conferma una percentuale pari al 7,4% per la classe "under 30" a conferma dell'ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata. La classe "over 60", la più vicina al momento della collocazione a riposo, rappresenta una percentuale pari al 9,8%. Resta numericamente significativa la concentrazione nella classe 51-60 anni, pari al 37%, in linea rispetto all'anno precedente. Le classi 31-40 anni e 41-50 anni raggiungono insieme la concentrazione maggiore con un 45,8% di dipendenti. La distribuzione per genere si conferma con una netta maggioranza di personale femminile (76,4%).

| Personale dipendente 2023 | Sesso | | classi di età | | | | | TOT. |
|--|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| | F | M | < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >=60 | |
| DIR. MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI | 198 | 121 | 3 | 109 | 101 | 67 | 39 | 319 |
| DIRIGENTI PTA | 11 | 4 | 0 | 0 | 1 | 9 | 5 | 15 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 730 | 137 | 107 | 224 | 167 | 323 | 46 | 867 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 97 | 41 | 19 | 35 | 25 | 41 | 18 | 138 |
| PERSONALE OTA OSS AUSILIARI | 224 | 51 | 6 | 38 | 82 | 119 | 30 | 275 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 144 | 26 | 2 | 22 | 35 | 77 | 34 | 170 |
| ALTRO | 40 | 66 | 2 | 16 | 11 | 64 | 13 | 106 |
| Totale | 1.444 | 446 | 139 | 444 | 422 | 700 | 185 | 1.890 |
| % | 76,4% | 23,6% | 7,4% | 23,5% | 22,3% | 37,0% | 9,8% | 100,0% |

Il Grafico mostra la tendenza degli ultimi dieci anni di una progressiva e costante diminuzione dei **part-time** in azienda, con l'eccezione di un lieve incremento nel 2021 (106 unità), un sostanziale mantenimento nel 2022 (102 unità) e un decremento nel 2023 di -10 unità.



3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Sezioni e Sottosezioni di programmazione PIAO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta **impegni ed azioni** che la Direzione intende perseguire nel triennio, in coerenza con gli obiettivi strategici e di mandato ricevuti dalla Regione e dove sono evidenziati gli aspetti ritenuti più rilevanti, articolati secondo sezioni e sottosezioni di programmazione specifiche, coerenti con le dimensioni di valore pubblico/performance individuate dallo stesso documento triennale di programmazione: 3.1. Dimensione dell'utente; 3.2. Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni; 3.3 Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo; 3.4 Dimensione della sostenibilità.

Gli obiettivi di performance ed i risultati raggiunti costituiscono nel loro insieme ciò che la normativa introduttiva del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) denomina "valore pubblico".

Di seguito, si riporta una sintesi tabellare che rappresenta i collegamenti tra le **Sezioni e sottosezioni di programmazione 2023-2025** (Impegni strategici per valore pubblico e performance) e gli **Obiettivi strategici e di mandato del Direttore Generale**.

| |
|--|
| 3.1 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE |
| 3.1.1 Sottosezione: Programmazione dell'Accesso e della Domanda |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Riduzione dei tempi di attesa |
| Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza |
| Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale |
| Percorsi di assistenza protesica |
| Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disegualianze |
| Azioni a supporto dell'equità |
| 3.1.2 Sottosezione: Programmazione dell'Integrazione |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Completamento del programma di realizzazione delle Case della Comunità e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 |
| Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico |
| Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità |
| Sviluppo delle cure domiciliari |
| Sviluppo della rete di cure palliative |
| Sviluppo della medicina di iniziativa |
| Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche |
| Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale |
| Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi |
| Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti |
| Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza |
| Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del programma regionale sul 'Dopo di noi' per l'assistenza alle persone con grave disabilità |
| 3.1.3 Sottosezione: Programmazione degli ESITI |
| Tabella indicatori sugli esiti |

| |
|--|
| 3.2 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI |
| 3.2.1 Sottosezione: Programmazione della struttura d'offerta e della produzione |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Integrazioni in Area Metropolitana e riordino dell'assistenza ospedaliera |
| Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza |
| Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva |
| Assistenza oncologica |
| Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute |
| 3.2.2 Sottosezione: Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Sicurezza delle cure |
| Assistenza perinatale |
| Appropriatezza farmaceutica |
| Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità |
| 3.2.3 Sottosezione: Programmazione dell'organizzazione |
| Obiettivi strategici di mandato |
| POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020) |
| Unificazione aziende a livello prov.le / Integrazione a livello metropolitano |
| Sviluppo progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2020-2022" |
| Innovazione dei sistemi per l'accesso |
| Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria |
| Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico Sanitario Elettronico |
| Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale |
| Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi |
| Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze |
| Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA |
| Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale |
| Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale |
| 3.2.4 Sottosezione: Programmazione delle dotazioni di personale |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Governo delle risorse umane |
| 3.2.5 Sottosezione: Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza |
| Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza |
| Implementare la funzione di Audit |

| |
|---|
| 3.3 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO |
| 3.3.1 Sottosezione: Programmazione dello sviluppo organizzativo e formazione |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Valorizzazione del capitale umano |
| 3.4 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ |
| 3.4.1. Sottosezione: Programmazione economico-finanziaria |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione della spesa |
| 3.4.2. Sottosezione: Programmazione degli investimenti e PNRR - PNC |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico |
| Investimento PNRR-PNC |
| 3.4.3. Sottosezione: Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica |
| Obiettivi strategici di mandato |
| Azioni per lo sviluppo sostenibile |

3.1. Sezione - Dimensione dell'utente

3.1.1 Sotto sezione: Accesso e Domanda

Obiettivo: Riduzione dei tempi di attesa

Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero. L'Azienda è riuscita a raggiungere l'obiettivo di recupero della casistica pregressa dovuta alla fase pandemica e prosegue con l'attenzione a garantire: il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017); il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale; la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione.

In tabella si riportano gli indicatori, monitorati su SIVER, riguardanti i **tempi di attesa retrospettivi**, nella sezione "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2024".

| IND | Tempi di attesa ricoveri programmati (SIVER) | Target | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|---------|--|------------------|-----------------------|-----------------------|--------|----------|---------------|----------|
| IND1015 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 90% | 99,06% | 93,85% | 87,67% | 90,91% | 84,51% | 79,36% |
| IND1016 | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 85% | 85,11% | 73,33% | 24,39% | 26,15% | 81,54% | 76,58% |
| IND1017 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 90% | - | 80,85% | 99,21% | 97,81% | 99,34% | 86,31% |
| IND1018 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 75% | - | 64,07% | 26,52% | 37,48% | 86,05% | 55,83% |
| IND980 | Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >=80% | 93,90% (ex IND767) | 69,05% (ex IND767) | 59,53% | 50,7700% | 88,07% | 72,91% |
| IND983 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022 | >=80% | - | - | - | - | 90,90% | 76,09% |
| IND984 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021 | 100% | - | - | - | - | 97,83% | 75,88% |
| IND985 | Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso | <=2% | - | - | - | - | -6,81% | 2,55% |

Come desumibile dalla tabella sopra riportata, l'AUSL di Imola ha pienamente rispettato il target di recupero ($\geq 80\%$) in riferimento agli interventi che risultano scaduti nel 2022, con una percentuale pari al 90,9%.

Con particolare riferimento agli indicatori della tabella, previsti a monitoraggio nell'ambito del PIAO 2023 2025, si evidenzia quanto segue:

- **IND1015**: la percentuale aziendale 2023 di interventi oncologici (84,51%) risulta in decremento rispetto all'anno precedente ed inferiore al target regionale di riferimento ($\geq 90\%$), ma risulta superiore alla media RER 2023 (79,36%).

- **IND1016**: l'esito aziendale (81,54%) mostra un importante incremento a confronto con il trend degli ultimi tre anni, rispettando il risultato atteso previsto nel PIAO (> anno 2022), avvicinandosi al target RER ($\geq 85\%$) con un esito superiore alla media regionale (76,58%).

L'AUSL di Imola ha, inoltre, garantito la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.

In riferimento al **monitoraggio prospettico sulla base dei dati SIGLA** gli indicatori che seguono valutano la copertura del flusso SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) rispetto al flusso SDO, monitorati su SIVER.

- (**IND982**) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Valore di riferimento: $\geq 70\%$.

L'Azienda nel 2023 risulta avere un indice pari a 83,18%. La media RER è 82,97%.

- (**IND981**) Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati. Valore di riferimento: $\geq 80\%$.

L'Azienda nel 2023 risulta avere un indice pari a 94,73%. La media RER è 90,93%.

In attuazione degli **standard relativi all'assistenza ospedaliera**, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati si richiede la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività viene effettuato da parte regionale tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili. In particolare, si richiede il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi e per fratture di femore inferiori ai 75 interventi/anno. Gli indicatori che seguono calcolano il rapporto tra interventi in unità operative che effettuano un numero di interventi non inferiore alla soglia sul numero di interventi complessivamente effettuati.

- (**IND379**) Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 99,37% vs 98,08% del 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 77,37%.

- (**IND770**) Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2023 pari al 100% vs 99,59% del 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 90,54%.

- (**IND381**) Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

Nel 2023, l'Azienda registra un valore del 100% come nel 2022 e 2021. Il valore regionale risulta pari a 93,69%.

Sempre in attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera (DM 70/2015 e DGR 2040/2015), il “**Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria**”, operativo dal 1° gennaio 2020, identifica per l’analisi dell’Assistenza Ospedaliera un set di indicatori “Core”, quali determinanti per la valutazione complessiva a livello regionale e nazionale dell’Assistenza Ospedaliera, recentemente rivisti e ampliati dal Comitato LEA. Gli stessi indicatori, riportati in tabella, vengono previsti nell’ambito del PIAO e monitorati su Piattaforma regionale “**SIVER – PIAO 2023-2025**”.

| NSG - Indicatori "CORE" Area Assistenza Ospedaliera | Target | 2021 | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|--|--------|--------|--------|---------------|----------|
| H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - NSG | < 0,15 | 0,15 | 0,18 | 0,18 | 0,17 |
| H05Z Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG | >= 90% | 74,26% | 89,29% | 92,00% | 86,00% |
| IND1013 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario | >= 80% | 64,47% | 63,03% | 52,10% | 57,53% |
| H17C % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG | <= 15% | 17,08% | 16,85% | 12,85% | 13,51% |

L’**IND1013** “% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario” (Target: >= 80%), pone al denominatore tutti i ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore e non solo i ricoveri di pazienti >= 65 anni con frattura di femore come prevedeva l’indicatore NSG. L’esito aziendale (52,10%) risulta inferiore al target RER (>= 80%) e all’atteso aziendale che prevedeva il mantenimento dello STD medio aziendale. Anche il valore medio regionale 2023 mostra una criticità su tutto il territorio aziendale (57,53%).

Per quanto riguarda l’indicatore **H17C**, la percentuale aziendale 2023 di parti cesarei primari (12,85%) mostra un significativo miglioramento rispetto al trend degli ultimi tre anni (risultato atteso >= anno 2022), nel pieno rispetto del target RER (<=15%) e migliore anche della media regionale (13,51%).

Si riporta, inoltre, il monitoraggio (SIVER – **PIAO 2023-2025 “Esiti”**), in coerenza con gli indicatori previsti dalla DGR 1237/2023 e in riferimento al NSG:

- **H23C** Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico – NSG. Target: ≤ 13,60. Risultato aziendale atteso: mantenimento STD medio aziendale.

L’Azienda rileva un valore pari a 6,47 vs 5,45 del 2022, 12,93 del 2021 e 12,30 del 2020. Il valore regionale è pari a 9,91.

- **D01C** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG. Target: ≤ 14,39. Risultato aziendale atteso: <= Anno 2022.

L’AUSL di Imola, nel 2023, mostra un valore pari a 18,70 vs 19,72 nel 2022, evidenziando una riduzione rispetto all’anno precedente, pur non ancora nel rispetto del target RER, che non viene raggiunto neanche dal valore medio regionale (18,45).

- **D02C** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - NSG. Target: $\leq 13,95$. Risultato aziendale atteso: \leq Anno 2022.

L'AUSL di Imola, nel 2023, mostra un valore pari a 18,45 vs 10,48 nel 2022 registrando un incremento. Il valore medio regionale è pari a 15,14.

Obiettivo: Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

Le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia Romagna", di cui alla DGR 1206/2023, hanno previsto interventi di riorganizzazione che si snodano su tre direttrici: a) il potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118, b) l'istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117, c) l'istituzione dei Centri di emergenza urgenza (CAU).

In attuazione della DGR 1206/2023, l'AUSL di Imola ha attivato a dicembre 2023 il primo **Centro di Assistenza Urgenza (CAU)**, inserito nella rete dell'emergenza-urgenza ed ubicato presso spazi dedicati nei locali dell'Ospedale Vecchio, sede dell'istituenda Casa della Comunità Hub, quale struttura territoriale dotata di équipe medico - infermieristica per migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini per problematiche urgenti a bassa complessità, secondo i criteri di accessi stabiliti dalla DGR. La riorganizzazione è stata attuata in collaborazione con i Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria.

Con due specifiche Deliberazioni di giunta regionale (DGR 1827/2017 e DGR 1129/2019) è stato promosso e operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, con l'implementazione di un Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza, che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza da applicare, con il fine di conseguire il miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+ 1 ora per i casi di maggiore complessità). L'AUSL di Imola ha dato attuazione alle indicazioni regionali della DGR 1129/2019, implementando un Piano che ha applicato una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, al fine di migliorare i tempi di attesa e permanenza.

Nell'ambito del Piano sopra richiamato, con DGR 1230/2021, sono state adottate anche le nuove "Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso" con l'introduzione di 5 codici di priorità per una precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, con immediato accesso alle cure e l'attribuzione di codici di priorità di accesso in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura.

In base agli indirizzi regionali, l'Azienda ha dato applicazione al nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso ed anche all'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo sistema per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale.

In riferimento ai tempi di permanenza (**SIVER – PIAO 2023 2025 – Dimensione Utente: "Accesso e domanda"**):

- (**IND775**) % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi. Target: >= 90%.

Risultato atteso aziendale: mantenimento STD medio aziendale.

L'AUSL di Imola, nel 2023, presenta una percentuale pari a 79,13% in calo rispetto al 2022 (81,86%) e leggermente inferiore alla media aziendale ultimi tre anni. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 75,87%, a conferma che tutte le Aziende faticano a raggiungere il target fissato dal livello regionale.

Sempre su portale **SIVER** "**PIAO 2023 2025**" - **Dimensione Utente: "Accesso e domanda"** si riportano seguenti indicatori.

L'indicatore di seguito riportato rileva il tasso standardizzato di accessi in Pronto Soccorso, che valuta la domanda di servizi di Pronto Soccorso espressa dalla popolazione residente:

- (**IND410**) Tasso std di accessi in PS. Risultato atteso aziendale: miglioramento std medio aziendale.

Si rileva nel 2023 un tasso pari a 359,91 vs i tassi: 2022 di 350,21; 2021 di 297,18 e 2020 di 272,44. A livello regionale il tasso 2023 risulta superiore e pari a 370,46.

Per quanto concerne il dato sugli abbandoni da PS, calcolato sul totale degli accessi:

- (**IND137**) % abbandoni dal Pronto Soccorso. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Si evidenzia nel 2023 un dato pari a 5,74 vs 5,38 del 2022, 3,95% del 2021 e 3,47% del 2020. Il valore % regionale 2023 risulta pari a 5,89%.

L'indicatore seguente valuta la percentuale di accessi di PS esitati in un ricovero nella stessa struttura o in un'altra struttura regionale.

- (**IND782**) Indice di filtro del PS. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda nel 2023 mostra un indice filtro (16,62) inferiore alla media aziendale degli ultimi tre anni (16,25 nel 2022; 20,06 nel 2021 e 20,43 del 2020). L'indice 2023 regionale risulta pari a 18,59.

Obiettivo: Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Nell'ambito della garanzia di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1056/2015 "Riduzione delle Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie") è stata assicurata una programmazione dell'offerta specialistica, prevedendo rimodulazioni tempestive di recupero di offerta, ove presenti criticità. Tutto il percorso e le azioni programmate sono stati costantemente presidiati da un Team operativo multidisciplinare di controllo che assicura il monitoraggio delle misure previste, individuando aggiustamenti progressivi laddove necessario per gestire criticità di singole prestazioni con azioni di natura urgente e per definire, realizzare e coordinare gli interventi di tipo strutturale.

A partire dal 2022, il miglioramento del quadro epidemiologico in riferimento alla pandemia ha consentito di pianificare un graduale recupero delle attività posticipate. L'Azienda si è posta l'obiettivo di migliorare l'accesso alle prestazioni e la messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci per il mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di primo accesso (classi di priorità U, B, D, P) entro gli standard definiti a livello regionale. A seguito di fattori determinanti e concomitanti che si riflettono sul governo complessivo dell'accesso tra cui, in particolare, la difficoltà in alcune branche specialistiche a reperire professionisti nonché la limitata presenza di strutture private accreditate sul territorio, l'Azienda ha posto in essere soluzioni clinico-organizzative per mantenere, e/o ripristinare in presenza di criticità, le performance aziendali secondo gli standard attesi.

In relazione alle **prestazioni di diagnostica radiologica pesante**, si richiama la collaborazione con la Montecatone Rehabilitation Institute S.P.A. per sviluppo della Piattaforma radiologica (RM3T e TAC 64 strati) dell'ospedale di Montecatone, mediante un'unica équipe integrata, di cui alla Deliberazione n. 271 del 28/12/2021, con la quale l'AUSL di Imola ha in essere uno specifico Accordo con la Montecatone Rehabilitation Institute spa per lo sviluppo della Piattaforma Radiologica dell'Ospedale di Montecatone.

La convenzione ha per oggetto l'utilizzo delle tecnologie che costituiscono la piattaforma radiologica della MRI spa (TAC – RMN 3T) in collaborazione tra MRI spa e AUSL Imola, prevedendo quali ambiti di produzione l'attività rivolta ai degenti di MRI e dell'AUSL e l'attività rivolta a pazienti in regime ambulatoriale SSN in Agende CUP o riservate dell'AUSL di Imola e di altre Aziende.

Gli indicatori sui **tempi di attesa** (ex ante) che il sistema di rilevazione regionale monitora, su Piattaforma SIVER, per **visite ed esami diagnostici**, nel 2023, rilevano i seguenti esiti (Flusso MAPS2).

- (**IND319**) Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. Target: $\geq 90\%$. Risultato atteso aziendale: \geq STD RER.

AUSL Imola 2023: 76,23% vs 56,26% del 2022. Media regionale 2023: 89,71% vs 84,31% del 2022.

- (**IND320**) Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. Target: $\geq 90\%$. Risultato atteso aziendale: \geq STD RER.

AUSL Imola 2023: 86,38% vs 85,49% del 2022. Media regionale 2023: 93,91 vs 92,45% del 2022.

- (**IND795**) Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg. Target: $\geq 90\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

AUSL Imola 2023: 99,76% vs 99,74% del 2022. Media regionale 2023: 99,84 vs 93,91% del 2022.

La **presa in carico da parte dello specialista** ha previsto azioni volte alla promozione della prescrizione e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente. Si riportano gli andamenti delle prescrizioni di visite di controllo e prime visite da parte dello specialista, elaborati su cruscotto SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024 e PIAO 2023 2025).

- (**IND993**) % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista. Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2023: 83,34% vs 85,93 del 2022. Media RER 2023: 84,51% vs 83,74 del 2022.

- (**IND994**) % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2023: 94,77% vs 94,97% del 2022. Media RER 2023: 94,99% vs 94,24% del 2022.

- (**IND787**) % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) – EROGATO. Target: $\geq 70\%$.

AUSL Imola nel 2023: 79,64% vs 80,59% del 2022. Media RER 2023: 90,42% vs 89,75% del 2022.

Per quanto concerne l'indicatore sulla propensione alla prescrizione in ricetta dematerializzata di prestazioni di specialistica ambulatoriale, si riporta di seguito il monitoraggio dello specifico indicatore SIVER.

- (**IND861**) % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte. Risultato atteso aziendale: $> =$ Media RER. Risultato atteso aziendale: mantenimento STD aziendale.

AUSL Imola 2023: 99,27% vs 2022 98,92%. Media RER 2023: 98,41 vs 2022 98,23%.

Sempre nell'ambito della garanzia all'accesso delle prestazioni di specialistica si riporta l'indicatore di monitoraggio dei tempi di attesa nei Servizi di salute mentale.

- (**IND955**) "Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti". Target: ≤ 15 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023 si rileva un valore medio aziendale pari a 12,32, nel rispetto del target regionale e del risultato atteso aziendale. Il tempo medio RER 2023 risulta pari a 18,75.

Nell'ambito degli indicatori della **sezione 3.1 "Dimensione Utente" e sotto sezione 3.1.1 "Accesso e Domanda"** vengono presentati altri tre indicatori monitorati su SIVER (**PIAO 2023 2025**):

- (**H01Z**) Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z. Target: ≤ 160 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Il dato 2023 risulta pari a 51,96% in significativo miglioramento rispetto al 2022 (33,01%). Il dato medio regionale risulta pari a 45,16%.

- (**IND289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: ≥ 50 . Risultato atteso aziendale: \geq Media RER.

Il dato 2023 risulta pari a 51,96% in significativo miglioramento rispetto al 2022 (33,01%). Il dato medio regionale risulta pari a 45,16%.

- (**IND907**) Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI – PNRR (Target: $\geq 8,5\%$).

L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione residente ≥ 65 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (ADI medica, infermieristica, socio-sanitaria).

L'Azienda nel 2023, con un totale di pazienti assistiti ≥ 65 anni pari a 5.829, registra un 17,66% in incremento rispetto all'anno 2022 (16,86%) e nel rispetto dello standard PNRR che prevede uno standard dell'8,5%.

Obiettivo: Percorsi di Assistenza Protesica

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, il DPCM 12/01/2017 "Nuovi LEA" individua anche nel campo dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa gli standard e i parametri da assicurare ai cittadini.

La DGR 1844/2018 detta le linee di indirizzo regionali volte alla ottimizzazione dei percorsi organizzativi e assistenziali, nonché la semplificazione delle procedure di accesso nell'ambito della assistenza protesica.

Per assicurare una maggiore qualità prescrittiva, le Aziende USL hanno definito un "ALBO DEI PRESCRITTORI" ai quali compete la prescrizione degli ausili a maggiore complessità.

Nel corso del 2023, l'AUSL di Imola ha progressivamente consolidato le azioni di miglioramento nel campo dell'assistenza protesica, migliorando i percorsi interni di presa in carico dei pazienti con necessità di ausili complessi, prescrivibili da specialisti compresi nell'Albo Prescrittori. Dal 2022 è stato attivato un monitoraggio capillare sul corretto uso degli ausili assistenziali a costo medio-alto (ad esempio ausili elettrici quali sollevatori, letti elettrici, montascale, ecc.), che necessitano di un accurato addestramento all'uso. Tale monitoraggio viene effettuato dagli infermieri dell'assistenza domiciliare, per i pazienti già in carico, e dal personale dell'Unità operativa di Medicina Riabilitativa per gli altri pazienti.

L'Azienda ha proseguito nel garantire un adeguato supporto agli assistiti e/o ai suoi famigliari sul corretto utilizzo degli ausili al momento della consegna, anche in collaborazione con i fornitori del Servizio di gestione dei presidi ed ausili protesici.

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

Obiettivo: Azioni a supporto dell'equità

Piano Regionale della Prevenzione. A partire dal 2022, con l'attenuarsi della emergenza pandemica, il Dipartimento Sanità Pubblica si è pienamente dedicato alle attività istituzionali ed in particolare alla implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, approvato con DGR 2144 del 20/12/2021. Il PRP si articola in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. Il PRP è sostenuto da azioni trasversali quali equità, intersectorialità, comunicazione e formazione che ne accompagnano l'attuazione sia a livello regionale che territoriale.

Equità in tutte le politiche e medicina di genere. A livello regionale, la riduzione delle disuguaglianze è stato un asse centrale del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 e continua ad esserlo anche per il Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025) che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono. Inoltre, resta attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere come azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, nella prospettiva del recepimento del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere e della prosecuzione della diffusione dell'approccio di sensibilizzazione degli operatori al riguardo.

Nel 2023 sono proseguite le attività trasversali volte ad implementare progetti di equità, medicina di genere, diversity management ed health literacy. Le referenti Equità hanno garantito la partecipazione a tutti gli incontri regionali dei coordinamenti Equità, Diversity Management (DM) ed Health literacy e del gruppo regionale DM è entrato a far parte anche il Presidente Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'Azienda sanitaria. Tra le attività *equity oriented* più rilevanti del 2023, il processo di Health Equity Audit (avviato a fine 2022 con un primo incontro formativo regionale), che l'AUSL di Imola ha sviluppato nell'ambito dello screening colon retto, dapprima con l'obiettivo di individuare barriere all'adesione al secondo livello e in seguito, alla luce delle evidenze emerse nel corso del processo, ampliando l'analisi anche all'adesione al primo livello. Il gruppo aziendale multidisciplinare HEA Colon Retto, si è incontrato 4 volte nel corso del 2023 (7 dall'avvio del processo) ed ha analizzato i dati di aderenti/non aderenti al primo e secondo livello per alcune variabili significative quali sesso, età, provenienza geografica, concentrandosi in particolare su quest'ultima variabile. I dati e la letteratura raccolti confermano che potrebbero essere intraprese utili azioni di abbattimento delle barriere all'adesione sul target di popolazione rumena, la maggiormente rappresentata sul territorio, che appare avere tassi di adesioni proporzionalmente minori ad altri target analizzati.

Si è proceduto, quindi, ad alcune azioni di miglioramento della comunicazione, con revisione delle pagine aziendali del sito, traduzione delle lettere di invito nelle lingue maggiormente rappresentate e alla definizione di un breve questionario da somministrare al target individuato per meglio individuare le barriere all'adesione.

Il processo continuerà nel 2024 con la realizzazione di iniziative di miglioramento basate sulle ulteriori valutazioni emerse dall'approfondimento. Nel 2023 è stata avviata, inoltre, una sperimentazione di comunicazione alternativa aumentata che ha coinvolto lo staff comunicazione, le referenti equità e il servizio di neuropsichiatria infanzia adolescenza e il centro di salute mentale.

La referente Diversity Management e il Presidente del CUG di Imola hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale per la predisposizione della mappatura regionale delle prassi di diversity management nell'organizzazione, che ha definito una scheda on line compilabile nonché la necessità di procedere ad una formazione ad hoc di un gruppo aziendale individuato con nota della direzione generale, che nel 2024 procederà nell'impegno, con il coordinamento regionale.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità. Il metodo Community Lab rappresenta una delle principali metodologie da poter utilizzare nelle situazioni in cui il sistema dei servizi sanitari e sociali, necessita di innovare i propri indirizzi, programmi, processi e pratiche di lavoro attraverso il coinvolgimento degli attori sociali ed organizzativi che fanno parte o potrebbero fare parte di tali indirizzi, programmi e processi. Rispetto a questo obiettivo si rinvia alla nota a firma del Direttore Sanitario (prot. 35169 del 27 ottobre 2023) inviata alla Regione (Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali e Settore Assistenza Territoriale – Casa Community Lab) ad oggetto "Risposta a: Prima edizione percorso formativo regionale Casa Community Lab (2023-2024) - Prot. 96245", nella quale vengono indicati i nominativi dei professionisti che parteciperanno al percorso formativo regionale Casa Community Lab e che afferiscono alle due Case della Comunità di CSPT e Medicina e alla CdC di Borgo.

Il **Piano Triennale delle Azioni Positive 2021 – 2023** dell'AUSL Imola è stato predisposto dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) al fine di declinare le aree di intervento all'interno delle quali vengono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento.

Il Piano è stato adottato con Deliberazione n. 152 del 28/07/2021 ad oggetto "Approvazione "Piano delle Azioni Positive Ausl Imola per il triennio 2021 – 2023", e costituisce parte integrante del PIAO 2023 2025". Le azioni e i risultati sono annualmente relazionati al Direttore Generale dal CUG Comitato Unico di Garanzia.

Tabella Indicatori: UTENTE - Accesso e Domanda

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|----------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 319 | Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg | 75,04 | 54,02 | 56,26 | > = 90 | > = STD RER | 76,23 | 89,71 | (Flusso MAPS2) |
| 320 | Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg | 93,06 | 89,24 | 85,49 | > = 90 | > = STD RER | 86,38 | 93,91 | (Flusso MAPS2) |
| 795 | Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg | 99,82 | 99,74 | 99,74 | > = 90 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 99,76 | 99,84 | (Flusso MAPS2) |
| 807 | Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi | 80,17 | 74,71 | 67,87 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 69,20 | 80,55 | (Flusso ASA) |
| 789 | Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi | 94,28 | 90,03 | 90,17 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 97,04 | 82,69 | (Flusso ASA) |
| 787 | % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO | 81,63 | 86,75 | 80,59 | > = 70 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 79,64 | 90,42 | (Flusso ASA) |
| 861 | % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte | 95,78 | 96,53 | 98,92 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 99,27 | 98,41 | (Flusso ARP) |
| 775 | % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi | 86,81 | 82,83 | 81,86 | > = 90 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 79,13 | 75,87 | (Flusso PS) |
| 782 | Indice di filtro del PS | 20,43 | 20,60 | 16,25 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 16,62 | 18,59 | (Flusso PS) |
| 410 | Tasso std di accessi in PS | 272,44 | 297,18 | 350,21 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 359,91 | 370,46 | (Flusso PS) |
| 137 | % abbandoni dal Pronto Soccorso | 3,47 | 3,95 | 5,38 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 5,74 | 5,89 | (Flusso PS) |
| H01Z ex 841 | Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG | 109,89 | 123,45 | 129,85 | < = 160 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 132,99 | 128,71 | (Flusso SDO) |
| 1015 ex 765 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | 93,85 | 87,67 | 90,91 | > = 90 | > = STD RER | 84,51 | 79,36 | (Flusso SDO) |
| 1016 ex 766 | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità | 73,33 | 24,39 | 26,15 | > = 85 | > = ANNO 2022 | 81,54 | 76,58 | (Flusso SDO) |
| 767 | Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata | 69,05 | 54,55 | 47,32 | > = 90 | > = ANNO 2020 | 89,64 | 68,60 | (Flusso SDO) |
| 955 | Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti | 8,12 | 10,55 | 13,52 | < = 15 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 12,32 | 18,75 | (Flusso SISM) |
| 289 | % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera | 51,72 | 50,92 | 33,01 | > = 50 | > = ANNO 2022 | 51,96 | 45,16 | (Flussi ADI e SDO) |
| 907 | Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR | - | 12,03 | 16,86 | > = 8,5 % | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 17,66 | 10,69 | (Flussi ADI e AGENAS) |

3.1.2 Sotto sezione: Integrazione

Obiettivo: Completamento programma di realizzazione delle Case della Comunità e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal PSS 2017-2019

Case della Comunità. L'ambito delle Case della Comunità costituisce una delle Aree funzionali dell'assetto aziendale che accoglie funzioni e interventi dei tradizionali Dipartimenti territoriali: Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale-Dipendenze Patologiche. Il modello organizzativo della CdC dell'AUSL di Imola è finalizzato a costituire luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie:

- Accoglienza all'accesso ai servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico.
- Disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a minore impatto tecnologico.
- Accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello.
- Orientamento ai servizi nella logica della integrazione con i vari soggetti operanti nel territorio: Medici di Medicina generale, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri.

Nel territorio dell'AUSL di Imola sono presenti **3 Case della Comunità (CdC)**: dal 2013 le Case della Comunità – CdC - di Castel S. Pietro Terme e Medicina e dal 2019 la Casa della Comunità della Vallata del Santerno, che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 291/2010 e successiva DGR 2128/2016. In corso la realizzazione della **Casa della Comunità di Imola (Hub)** mediante l'attuazione degli interventi previsti da un 1° stralcio (finanziamento statale) e da un 2° stralcio correlato ai finanziamenti PNRR. Nell'ottica del rafforzamento dei servizi territoriali, il progetto si pone l'obiettivo di ampliare l'offerta al cittadino attraverso la creazione di nuovi spazi per la presa in carico della cronicità, supportati dai relativi ambulatori specialistici quali diabetologia, pneumologia, cardiologia.

Si inserisce, altresì, l'implementazione dei programmi di screening e diagnostica, per realizzare un'area diagnostica digitale di primo livello ed un'area per la prevenzione e promozione della salute con spazi polivalenti per attività di gruppo sulla promozione dei corretti stili di vita quali disassuefazione al fumo, attività fisica e corretti stili alimentari.

Nell'ottica di ottimizzare e razionalizzare gli spazi a disposizione e di consentire un facile punto d'accesso al servizio, si realizzerà un'area vaccinale integrata per adulti e bambini sita al piano terreno, in prossimità della zona di accoglienza, riorganizzando spazi attualmente destinati a deposito.

I lavori correlati al 1° stralcio sono stati avviati a novembre 2023; la parte relativa al 2° stralcio correlata al PNRR è in fase di progettazione. Nell'ambito della Casa della Comunità di Medicina è stata definita la progettazione dell'interventi correlato al PNRR per riqualificare dal punto di vista del comfort ambientale gli ambulatori specialistici presenti al piano terra della struttura, nonché per un adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi, con previsione dell'avvio dei lavori nel 2024.

Nel rispetto dei principi e degli obiettivi della pianificazione regionale ed in coerenza con le strategie aziendali, in totale aderenza agli obiettivi di mandato assegnati dall'Assessorato Regionale Sanità e Welfare alla AUSL di Imola ed in piena rispondenza con i modelli e gli standard attesi dal Decreto 23 maggio 2022, n.77, nel 2023 si sono conclusi i lavori di ristrutturazione dell'area accoglienza della Casa della Comunità di CSPT e della Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'istituenda Casa della Comunità Hub di Imola situata all'Ospedale Vecchio con attivazione entro il 30 marzo 2024.

La **Centrale Operativa Territoriale di Imola (COT)**, di cui alla Deliberazione n. 866/2022, all'interno della istituenda Casa di Comunità di Imola Hub, costituisce un modello organizzativo con funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza. Nel corso del 2023 sono terminati i lavori correlati al PNRR e nel 2024 si procederà alla messa a disposizione delle attrezzature informatiche e informative di collegamento all'istituendo numero Europeo Armonizzato 116117 di cui al DM 77/2022.

Sempre nell'ambito della Casa della Comunità di Imola HUB, a seguito dei lavori del 1° stralcio, sarà attivato il **Punto Unico di Accoglienza (PUA)**, in collaborazione con ASP (Azienda Servizi alla Persona del Circondario Imolese), con operatività anche in termini di accoglienza per bisogni socio-sanitari.

Nell'ambito dello sviluppo delle cure territoriali, in ciascuna Casa della Comunità dell'AUSL di Imola e all'interno delle sedi di NCP, si colloca l'**Ambulatorio Infermieristico della Cronicità** volto alla presa in carico multi-professionale dei pazienti cronici, secondo l'approccio della medicina di iniziativa. Negli anni è stata introdotta la figura dell'infermiere care-manager dell'ambulatorio con la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale.

Ospedale di Comunità (OSCO). Nell'ambito della Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme è attivo l'Ospedale di Comunità (OSCO), struttura residenziale di cure intermedie a gestione infermieristica, istituito con deliberazione n. 44 del 28.3.2014, dotato al 31.12.2023 di n. 21 posti letto. L'OSCO offre una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a specifici target di utenza, con finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero. La struttura opera mediante una gestione infermieristica (modello evolutivo della tradizionale lungodegenza post-acuzie) dedicata ad ospitare persone fragili ad alta componente di non-autosufficienza e con quadro clinico relativamente stabile, al fine di ridurre il carico di pazienti nei reparti ospedalieri in fase post-acuta, offrendo un livello di cure appropriato verso una dimissione assistita. L'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie diurne da una équipe multidisciplinare (geriatra, palliativistica, medici sanità pubblica) in modo integrato fra OSCO e **Hospice Territoriale**; la copertura dell'assistenza medica nelle fasce orarie notturne, sabato, prefestivi e festivi è affidata al Servizio di Continuità assistenziale che agisce su chiamata del personale infermieristico.

Dal 2022 è stato promosso un modello organizzativo dell'assistenza medica in OSCO che vede la partecipazione anche dei MMG, a fianco del medico geriatra. Tale percorso, con la necessaria gradualità,

affida la gestione clinica dei pazienti in OSCO ai MMG, limitando l'operatività del geriatra ad accessi programmati di consulenza specialistica territoriale.

Il ricovero viene proposto tramite lo strumento della "proposta di ricovero regionale" a cui segue la valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe dell'OSCO per l'idoneità all'ingresso con conseguente formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) congiuntamente ai pazienti - caregiver.

Nell'ambito dei progetti PNRR, sono in fase di progettazione i lavori strutturali al 4° piano per ampliare stabilmente l'offerta dell'OSCO che hanno comportato la chiusura di n. 15 posti letto a partire dal 30.6.2023.

Nell'ambito del monitoraggio SIVER - **PIAO 2023 2025: sezione 1.3 "Dimensione Utente" sotto sezione 1.3.2 "Integrazione"**, l'indicatore di seguito riportato presenta un esito che deve essere letto tenendo conto della trasformazione sopra descritta per poter accogliere pazienti con patologia COVID.

- (**IND673**) % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO. Risultato atteso aziendale: <= anno 2022.

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta un valore pari a 10,26% vs 11,17% del 2022. La media regionale 2023 risulta pari a 7,83%.

Hospice Territoriale. L'Hospice, collocato all'interno della Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto. Si tratta di una unità organizzativa rivolta all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

Si riporta di seguito il monitoraggio dell'indicatore disponibile su piattaforma regionale SIVER (**PIAO 2023 2025**):

- (**D32Z**) N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG. Target: <= 25%. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore è definito come la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni della struttura per il malato oncologico. L'obiettivo è di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'hospice. Nel 2023 l'AUSL di Imola registra una percentuale in incremento e pari a 25,79% (nel 2022 risulta del 22,11%; nel 2021 il 20,90% e nel 2020 il 22,34%). La % media regionale 2023 risulta pari a 25,65%.

Obiettivo: Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità

Nell'ambito dello sviluppo delle cure territoriali, in ciascuna Casa della Comunità dell'AUSL di Imola e all'interno delle sedi di NCP, si colloca l'Ambulatorio Infermieristico della Cronicità volto alla presa in carico multi-professionale dei pazienti cronici, secondo l'approccio della medicina di iniziativa.

Negli anni è stata introdotta la figura dell'infermiere care-manager dell'ambulatorio con la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale. L'AUSL di Imola ha avviato, nel 2022, un gruppo di lavoro di professionisti che hanno elaborato un progetto di implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC) in Azienda, a seguito degli standard definiti nel DM 77/2022, con il fine di rafforzare lo sviluppo di tale orientamento.

Nel 2023 è stato attivato e concluso il percorso formativo specifico per assegnare il ruolo di IFEC con formazione residenziale e sul campo. Al termine è stata formulata una graduatoria di professionisti idonei, si è in attesa del reclutamento delle risorse necessarie per implementare la funzione nel territorio aziendale.

Obiettivo: Sviluppo della medicina di iniziativa

La medicina di iniziativa rappresenta il modello per rispondere alle esigenze di prevenzione, diagnosi precoce, controllo continuo (in particolare delle malattie croniche) e alla diffusione nella popolazione di corretti e sani stili di vita. A tale riguardo, l'AUSL di Imola ha negli anni sviluppato progetti secondo l'approccio della medicina di iniziativa - in coerenza con linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale. L'ambito naturale per sviluppare la Medicina di Iniziativa è quello delle Case della Comunità con il coinvolgimento dei "Cittadini Competenti" - cittadini formati per fare crescere la cultura e la conoscenza dei servizi ed in grado di indirizzare verso accessi appropriati e consapevoli – nelle equipe multidisciplinari a supporto della presa in carico.

Nel 2023 le Case della Comunità, la promozione della medicina d'iniziativa e il rafforzamento di un'assistenza di prossimità hanno costituito obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), anche alla luce del percorso nazionale di adozione del Decreto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate nella logica di proattività e prossimità degli interventi, anche attraverso strumenti di telemedicina e di psicologia, in particolare per la fascia adolescenziale (Decreto ministeriale 30.11.2021 "Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai servizi psicologici"). L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'efficacia del modello assistenziale fondato sulla costruzione di percorsi, sulla continuità assistenziale e sulla forte interazione multiprofessionale. Si è, inoltre, confermato il ruolo strategico della rete integrata di cura costituita da molteplici livelli assistenziali fortemente collegati tra loro che vedono gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT) come strumenti di *transitional care*, elementi di rilievo per lo sviluppo del modello dell'assistenza territoriale definito dal D.M. 77/2022 e dal PNRR.

Obiettivo: Sviluppo della Rete delle Cure Palliative

L'Azienda ha proceduto al completamento della Rete di cure palliative, quale aggregazione che garantisce l'erogazione delle prestazioni nei diversi setting (hospice, domicilio ...) con riferimento, in particolare agli assetti organizzativi delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di accesso alla rete di cure palliative e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (DGR 1770/2016) necessari per supportare il coordinatore nella pianificazione, programmazione ed organizzazione delle attività di assistenza e di funzionamento della rete. In questo contesto è stata definita la funzione di coordinamento della Rete e sono state riviste le modalità di raccordo tra i nodi individuati (ambulatorio, assistenza domiciliare, Hospice, ospedale). Con propria Deliberazione 36/2019, l'AUSL di Imola aveva approvato l'istituzione della Rete Locale di Cure Palliative individuando il "Gruppo di Coordinamento" e la "Rete dei Referenti" di cui il Gruppo di Coordinamento si avvale, definendo gli obiettivi strategici:

- centralità del **Punto unico di coordinamento (PUC) di Cure Palliative**, per la corretta presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica. La centralità del PUC è fondamentale per una reale capacità di governare la funzionalità della Rete e per un'ottimale gestione degli indicatori di attività/performance. Per questi motivi, l'equipe di cure palliative ha intrapreso iniziative nei confronti dei professionisti delle strutture invianti ed operanti nella Rete, di opportuna informazione sulle corrette modalità di attivazione della consulenza palliativistica, per una efficace presa in carico, come la discussione e condivisione degli strumenti di valutazione multidimensionale, essenziali per definire il percorso organizzativo.
- Potenziamento dell'attività di presa in carico di **patologie non oncologiche** in fase terminale, nell'ambito della RLCP (es: malattie neurologiche – SLA, demenza, Parkinson, Scopenso cardiaco refrattario, Insufficienza Renale, Pneumopatie croniche evolutive a prognosi infausta).
- La **presa in carico precoce** del paziente oncologico e non oncologico in fase avanzata di malattia ha la finalità di garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, sostenere ed aiutare il paziente nelle scelte terapeutiche, nella programmazione del percorso di cura e nella comunicazione con il malato e la sua famiglia, evitando il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale di malattia.
- Potenziamento della **presa in carico a domicilio** di pazienti con rete familiare e/o amicale fragile o assente, in relazione al grave bisogno sociale. Il gruppo di cure palliative ha definito strumenti di valutazione ai fini dell'attivazione precoce dei servizi sociali per i pazienti che non possono essere seguiti adeguatamente a domicilio e per garantire cure palliative agli ospiti delle strutture residenziali per anziani o disabili, affetti da patologie oncologiche e non oncologiche ad andamento cronico ed evolutivo e prognosi infausta, anche in continuità di cura con l'Hospice. E' stato avviato un percorso di collaborazione tra team di cure palliative e geriatria territoriale mirato all'individuazione del percorso clinico-assistenziale più appropriato.

Si richiama, inoltre, l'impegno dell'Azienda rivolto a organizzare percorsi comuni nell'ambito della Rete Metropolitana delle **Cure Palliative Pediatriche (CPP)**, per la gestione dei casi pediatrici affetti da patologia cronica complessa, nonché per lo sviluppo di strumenti comuni di formazione e di continuità (contattabilità telefonica, reperibilità).

Nel 2023 risulta in aumento il numero di prese in carico nell'ambito della RLCP (somma dei quattro nodi) rispetto all'anno precedente, passando da 551 + 7 pazienti pediatrici nel 2022 (totale 558) a 641 + 5 pazienti pediatrici (totale 646) nel 2023 e si registra un aumento consistente del numero di pazienti presi in carico nel setting ambulatoriale: 22 prime visite e 74 visite di controllo per un totale di 96 visite ambulatoriali (nel 2022: 9 prime visite e 37 visite di controllo = 46 visite ambulatoriali totali).

In aumento nel 2023 anche l'attività del nodo domicilio: 197 pazienti seguiti nel 2023 vs 179 pazienti seguiti nel 2022. In aumento le consulenze palliative ospedaliere che da 121 nel 2022 risultano 153 nel 2023. In lieve flessione risulta il numero di ricoveri in Hospice: 200 nel 2023 vs 212 nel 2022, in relazione all'aumento di casi con fragilità della rete familiare/amicale, in difficoltà nell'accogliere e soddisfare bisogni ed esigenze assistenziali del paziente a domicilio.

Anche nel 2023, come negli anni precedenti, è proseguita l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri, operanti nella Rete di Cure Palliative, in particolare sono stati attivati i percorsi di formazione per il raggiungimento di conoscenze, competenze ed abilità necessarie allo svolgimento dell'attività professionale. L'attività formativa in cure palliative è stata rivolta anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche.

Nel 2023 è proseguito l'impegno professionale della presa in carico di pazienti affetti da patologie non oncologiche in fase terminale (es: malattie neurologiche – SLA, demenza, Parkinson, Scompenso cardiaco refrattario, Insufficienza Renale, Pneumopatie croniche evolutive). Nel 2023 la RLCP di Imola ha preso in carico 30 pazienti con patologia cronico-evolutiva a prognosi infausta, NON oncologici, vs 33 pazienti nel 2022. L'eleggibilità alla presa in carico di pazienti con fase avanzata di malattia non neoplastica è stata valutata tramite gli strumenti di identificazione dei bisogni di cure palliative riconosciuti a livello di letteratura scientifica internazionale: NECPAL, SPICT, documento SIAARTI (grandi insufficienze d'organo "end stage").

Nel 2023 è proseguita, in continuità con gli anni precedenti, la collaborazione operativa, su segnalazione del Geriatra Territoriale, per la presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA: in tali strutture residenziali, sono stati seguiti 12 pazienti di cui 6 con patologia non oncologica e 6 con patologia oncologica; nel 2022 erano stati seguiti 8 pazienti di cui 6 non oncologici e 2 oncologici (fonte dati interna alla RLCP).

Il riconoscimento appropriato dei bisogni di cure palliative in tale contesto (CRA) ha consentito una corretta gestione del paziente, migliorando la qualità assistenziale e favorendo la pianificazione condivisa delle cure anche con il coinvolgimento dei familiari. I benefici delle cure palliative sono stati ottenuti attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia. In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali.

Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio è in fase di elaborazione un documento di individuazione e definizione di un percorso clinico-assistenziale appropriato tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale

Negli ultimi anni è stata riconosciuta l'importanza della presa in carico precoce del paziente affetto da malattia cronico-evolutiva a prognosi infausta, oncologica e non oncologica. La necessità di integrazione precoce tra discipline specialistiche e cure palliative riscuote ampi consensi basati sull'evidenza clinica e sui dati di letteratura e sono finalizzate al raggiungimento di una migliore qualità di vita (modello *Simultaneous Care*). Nel 2023, grazie all'assunzione in ruolo di una unità medica, dal 01.11.23 e di un 1 medico di MMG con contratto ATP (attività territoriali programmate per l'assistenza medico generica nei servizi della RLCP) per 12 ore settimanali, dal 11.04.23 è stato possibile migliorare la presa in carico precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative (ambulatorio cure palliative, modello early palliative care, simultaneous care).

Nel 2023 sono state avviate azioni di miglioramento delle attività all'interno della Rete, finalizzate a:

- Potenziare la cultura delle cure palliative precoci. Lavorare per pianificazione, programmando in modo proattivo le scelte diagnostico-terapeutiche per sostenere i familiari e i curanti nella gestione della terminalità. Tale azione di miglioramento è stata ottenuta con la partecipazione ed integrazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.
- Avviare gruppi di lavoro per la definizione di strumenti e modelli finalizzati all'attivazione tempestiva dei servizi sociali esplorando le possibilità di risposte assistenziali nei pazienti con fragilità socio-familiare.
- Proseguire nel monitoraggio e raccolta dei dati in riferimento degli indicatori di attività e performance della Rete con il supporto dell'Unità Operativa di Tecnologie Informatiche (UOC TSIR) per la valutazione della qualità assistenziale.
- Proseguire nell'attività di formazione dei professionisti che lavorano all'interno della Rete e che si interfacciano con la Rete. In programma nei prossimi mesi attività di formazione sulle cure palliative ai professionisti del DEA ed Ara Critica di Montecatone.
- Proseguire l'attività di ricerca avviata dal 2022 in riferimento a: "nuovo studio prospettico, osservazionale, multicentrico, no-profit su validazione di un sistema di valutazione della complessità clinico-assistenziale del paziente oncologico in cure palliative domiciliari", approvato con DGR 861 del 14/06/2021 "Programma di ricerca sanitaria finalizzata dell'Emilia-Romagna (FIN-RER)".

Si riporta il monitoraggio dell'indicatore su SIVER - **PIAO 2023 2025: sezione 1.3 "Dimensione Utente" sotto sezione 1.3.2 "Integrazione"**,

- (**D30Z**) Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (Target: $\geq 60\%$). Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore registra nel 2023 un valore aziendale pari al 55,1%, in lieve incremento rispetto al 2022 (52,6%). Il valore 2023, sotto il target regionale, è invece in linea col risultato atteso aziendale (mantenimento std medio aziendale). Il valore medio regionale 2023 risulta pari al 54%.

Il monitoraggio (SIVER) della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2024" riporta anche il seguente indicatore.

- (**IND747**) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente. (+5% rispetto anno precedente).

Nel 2023 la variazione % aziendale rispetto al 2022 risulta pari a -13,76%, anche perché nel 2022 si registrava un incremento del +30,24% rispetto al 2021. Il valore medio regionale 2023 è pari a -5,16%.

Obiettivo: Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure.

Mentre l'ospedale si configura come il setting assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure, il territorio rappresenta invece il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico dell'Azienda. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la **dimissione protetta**.

La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, alla dimissione ospedaliera costituisce un tema di miglioramento unitamente ai rapporti per l'utilizzo dei posti letto territoriali. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR, che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura», l'AUSL di Imola, nel 2023, ha proseguito l'impegno a potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

Per quanto concerne l'orientamento del **sistema di cura verso il domicilio della persona**, si pone l'attenzione al potenziamento dell'architettura organizzativa di rete che vede le Cure domiciliari integrate con gli altri servizi sanitari e sociosanitari e altri soggetti (familiari, caregiver, volontariato) che intervengono ai vari livelli nell'assistenza delle persone. A questo proposito, l'Azienda ha predisposto, con Deliberazione n. 2/2023, il **Regolamento Cure Domiciliari** per realizzare, con modalità omogenee in tutto il territorio aziendale, la presa in carico degli assistiti da parte del personale medico ed infermieristico dipendente, del personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e del personale dei Servizi Sociali dell'ASP del Circondario Imolese.

Il Regolamento ha come obiettivo generale la regolamentazione delle modalità di relazione tra le Cure Primarie, i Punti di accoglienza nel territorio, il medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, il pediatra di libera scelta (PLS) ed i servizi sociali, nella attivazione e gestione delle forme di assistenza domiciliare; definisce obiettivi, modalità operative e documentazione per realizzare con modalità omogenee, sul territorio della AUSL di Imola, la presa in carico degli assistiti, nelle seguenti forme:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), comprensiva delle Cure Palliative AUSL
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in convenzione ANT
- Assistenza Domiciliare Infermieristica (TAD Infermieristica).

Coordinamento Ospedale-Territorio. L'AUSL di Imola ha costituito con i medici di assistenza primaria un organismo permanente di coordinamento Ospedale – Territorio, con funzioni tecniche e consultive, del quale fanno parte medici di famiglia, medici ospedalieri, medici di organizzazione territoriale ed ospedaliera ed infermieri, cabina di regia e monitoraggio per gli tutti i progetti in fieri (progetto Casa della Comunità di Imola, progetto cronicità, sviluppo domiciliarietà, sviluppo diagnostica in medicina generale e telemedicina, buon uso del farmaco e commissione appropriatezza prescrittiva, percorsi di presa in carico dei pazienti fragili ...) corrispondenti ad un nucleo di attività nell'asse di collegamento Ospedale-Territorio prodromico della transizione verso l'istituzione del Dipartimento delle Cure Primarie e di Continuità.

Nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, negli ultimi anni, è stato realizzato il programma di sviluppo degli interventi della **Geriatría ospedaliera territoriale**, con la definizione e l'attivazione di percorsi integrati verso le Case di Riposo per Anziani, secondo un modello sinergico per favorire l'integrazione delle competenze assistenziali, specialistiche e di Medicina Generale

Si riportano di seguito gli indicatori monitorati su SIVER – **PIAO 2023 2025, sezione 1.3 "Dimensione Utente" sotto sezione 1.3.2 "Integrazione"**.

- (**IND866**) Tasso di dimissione protette in pazienti ≥ 65 anni. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore misura la propensione alla dimissione protetta sulla popolazione residente. Nel 2023 il tasso risulta pari a 50,61 in incremento rispetto al 2022 (35,71) e al 2021 (39,92). Il valore aziendale 2023 rientra nello std medio aziendale. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 31.

Segue un indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia, che intende rilevare l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà ad accedere ai servizi della medicina territoriale.

- (**D05C**) Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG. Risultato atteso aziendale: \leq Anno 2022.

Nel 2023 il tasso risulta pari a 48,32 in lieve incremento rispetto al 2022 (44,15). Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 45,57.

Dal livello regionale viene anche richiesta la piena applicazione di quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed l'implementazione dei **PDTA demenze a livello provinciale** (DGR 159/2019), garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione). Nel 2022 è stato redatto ed approvato il PDTA Demenze per l'AUSL di Imola. Il PDTA aziendale è pubblicato sul repository aziendale Sistema Gestione Qualità (DocWeb): "PDTA per la presa in carico e accompagnamento della persona con demenza e dei suoi caregiver" doc. Nr. 6601 - versione 1 del 17/08/2022 "PDTA_Demenze_DEF_agosto_2022". Il Documento è stato redatto dal Gruppo multiprofessionale e multidisciplinare (Prot. 37777/2021) ed approvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Attività Socio-Sanitarie in data 26/08/2022.

Obiettivo: Sviluppo delle cure domiciliari

Come già affermato nel paragrafo/obiettivo precedente uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR, che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, si richiede di promuovere in particolare il principio di «casa come primo luogo di cura».

Nel 2023, l'Azienda in continuità con gli anni precedenti ha garantito il potenziamento della presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti attraverso l'assistenza domiciliare.

Gli indicatori monitorati su SIVER – **PIAO 2023 2025, sezione 1.3 "Dimensione Utente", sotto sezione 1.3.2 "Integrazione"**,

- (**IND280**) Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, ≥ 75 anni. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore di osservazione valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione over 75 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (ADI medica, infermieristica, sociosanitaria e volontariato). Il tasso di copertura aziendale risulta nel 2023 pari a 351,3 e come nel 2022 (437,45) risulta essere uno dei tassi più alti in Regione (tasso medio RER 2023: 228,95).

- (**IND862**) Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore valuta l'efficacia e l'efficienza della presa in carico domiciliare, che ha come obiettivo quello di garantire un'adeguata assistenza ai pazienti, presso il proprio domicilio, riducendo i ricoveri ospedalieri. Nel 2023 il tasso di ricoveri per l'AUSL di Imola risulta di 11,19 in linea con la media aziendale 2021 – 2022 e in decremento rispetto all'anno precedente (13,23). Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 11,36.

- (**D22Z**) Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) – NSG. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola mostra un tasso 2023 pari a 100, come nel 2022, 2021 e 2020.

Il Sistema SIVER, come già visto, monitora i seguenti obiettivi sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate, nell'ambito della precedente **sotto sezione 3.1.1 "Accesso e domanda" (PIAO 2023 2025)**:

- (**IND289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: ≥ 50 . Risultato atteso aziendale: \geq Media RER.

Il dato 2023 risulta pari a 51,96% in significativo miglioramento rispetto al 2022 (33,01%). Il dato medio regionale è pari a 45,16%.

- (**IND907**) Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI – PNRR (Target: $\geq 8,5\%$).

L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione residente ≥ 65 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (ADI medica, infermieristica, socio-sanitaria).

L'Azienda nel 2023, con un totale di pazienti assistiti ≥ 65 anni pari a 5.829, registra un 17,66% in incremento rispetto all'anno 2022 (16,86%) e nel rispetto dello standard PNRR richiesto (pari a 8,5%). A livello regionale il dato 2023 risulta pari a 10,69%.

Su piattaforma SIVER è disponibile il monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia che propone un set di indicatori sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (DGR programmazione e finanziamento - Anno 2024).

- **(IND1020)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>2,6$.

Il tasso aziendale 2023 risulta pari a 5,93 in lieve calo rispetto al 2022 (6,21). Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 5,05.

- **(IND1021)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>1,9$.

Il tasso aziendale 2023 risulta pari a 3,38 vs 3,66 del 2022. Il tasso medio regionale risulta pari a 3,21.

- **(IND1022)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 3 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>1,5$.

Il tasso registrato dall'AUSL di Imola risulta pari a 29,79 in significativo incremento rispetto al 2022 (7,71). A livello regionale il tasso risulta 3,28.

Obiettivo: Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico

Il **Consultorio Familiare** di Imola propone da molti anni il **Percorso nascita** che si struttura attraverso incontri presso gli spazi del Consultorio Familiare destinati a donne in gravidanza, puerpere oltre che ai padri. Questo tipo di incontri, volti a rinforzare le competenze di madri e padri, risulta gradito e molto partecipato. Gli incontri di gruppo complessivi proposti nel 2023, inerenti il percorso nascita, sono stati **192** (nel 2022: 163), di cui 36 sono stati condotti da figure professionali sanitarie (sanità pubblica, medicina del lavoro, psicologhe del consultorio, pediatri di libera scelta, neuropsichiatria) e del terzo settore (nati per leggere, educatrici dei nidi di infanzia, volontarie) e 24 sono stati corsi di accompagnamento alla nascita (composti di 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa).

Dai dati aziendali risulta che nel 2023 la percentuale di donne in gravidanza seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare è stata pari al 96% (690 donne in gravidanza seguite dal Consultorio Familiare su 718 parti). Nel 2023 sono state assistite alla gravidanza in Consultorio Familiare 235 donne migranti.

Secondo i dati aziendali, nel 2023, sono stati organizzati 24 corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre, sono stati organizzati 25 corsi (29 incontri) per neogenitori.

I nati ad Imola nel 2023 sono stati complessivamente 723 (nel 2018: 938; nel 2019: 888; nel 2020: 852; nel 2021: 826; nel 2022: 751). Nel 2023 è proseguita l'attività di presa in carico delle puerpere alla dimissione dall'ospedale. L'accesso dell'Ostetrica del Consultorio Familiare in ospedale si svolge tre volte alla settimana. In quell'occasione l'ostetrica prende contatto direttamente presso l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia per la presa in carico alla dimissione della puerpera e del neonato. A tutte le puerpere si propongono i diversi servizi offerti dal Consultorio Familiare a supporto del puerperio e dell'allattamento.

In totale gli accessi delle ostetriche presso l'ospedale nel 2023 sono stati n. **152** come nel 2022, mentre negli anni precedenti erano stati n. 39 nel 2021 e n. 43 nel 2020. L'assistenza alla puerpera dopo la dimissione è declinata in diverse attività dell'equipe consultoriale e svolta nei vari setting (ambulatorio, domicilio e Pronto Mamma telefonico). Le visite domiciliari da parte dell'Ostetrica sono state **110** vs 73 del 2021 e 102 del 2020. L'assistenza ambulatoriale al puerperio è garantita su prenotazione e in libero accesso dal 7 aprile 2023 con l'implementazione dello spazio "Mamme di tutti i colori" (venerdì da 09:30 a 12:00).

Il numero totale di accessi delle puerpere all'ambulatorio è migliorato rispetto all'anno precedente (1.046 accessi nel 2023, +361 rispetto al 2022). Il sostegno alle puerpere è sempre da intendersi come un prezioso lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio stesso (ginecologhe, ostetriche e psicologhe) sia con altri eventuali servizi coinvolti (UOC Ostetricia-Ginecologia, ASP, UONPIA e Pediatria).

Nel periodo ottobre-dicembre 2023 c'è stata l'opportunità, grazie all'utilizzo delle risorse di un Fondo Vincolato erogato dalla RER, di avvalersi della collaborazione di un'ostetrica interinale che ha svolto attività di sostegno al puerperio, rivolta principalmente alle donne migranti e ai loro bambini. L'attività denominata "La Tana della Mamme" è uno spazio a libero accesso dedicato alle madri e ai loro bimbi fino ad 1 anno di età.

Il sostegno telefonico al puerperio e all'allattamento, con il numero del Pronto Mamma, attivo da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8-13, si mantiene uno strumento molto utilizzato (n. **1330 telefonate** nel 2023).

| ASSISTENZA AL PUERPERIO | 2023 | 2022 | Diff. | |
|--|--------------|--------------|-----------|-------|
| | | | 2023/2022 | |
| Accessi a domicilio | 110 | 115 | -5 | -4% |
| Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce) | 152 | 152 | 0 | 0% |
| Accesso delle puerpere ambulatorio consultoriale | 1.406 | 1.045 | +361 | 34,5% |
| Pronto Latte- assistenza al puerperio e allattamento n° telefonate | 1.330 | 1.431 | -101 | -7% |

Al fine di mantenere alta l'attenzione rispetto al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per favorire il precoce riconoscimento e la presa in carico delle maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie, le Operatrici del Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola hanno proseguito le attività iniziate nel 2020 previste dal Progetto Ministeriale "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum", tramite somministrazione di uno screening che evidenziasse l'insorgere di disturbi emotivi perinatali tramite il questionario di Whooley. L'efficacia dello screening si è dimostrata molto alta e per questa ragione lo strumento viene somministrato a tutte le donne in gravidanza in carico al Consultorio durante il primo colloquio di gravidanza condotto dall'ostetrica, nei due trimestri successivi e nei colloqui di presa in carico nell'ambulatorio delle Gravidanze a Termine. L'obiettivo è quello di individuare precocemente le gravide o puerpere a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale prevedendo, nei casi individuati come portatori di significativo disagio, l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione. Sono stati raccolti 450 questionari presso il Consultorio di Imola (488 nel 2022), 65 nella sede di Castel San Pietro (31 nel 2022) e 71 a Medicina (26 nel 2022) per un totale complessivo di 586 vs i 545 questionari nell'anno 2022.

Sono stati somministrati in quattro momenti distinti del percorso della gravidanza, alle stesse donne. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della signora, in una presa in carico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto. Il primo colloquio ostetrico è stato effettuato in Consultorio Familiare al 100% delle donne in gravidanza (rapporto tra gravide che hanno fatto il 1° colloquio = 722 e totale parti = 718). Tale dato se confrontato al 2022 risulta aumentato (93% nel 2022).

In riferimento agli indicatori monitorati su SIVER (**PIAO 2023 2025**), **sezione 3.2 "Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni"**, **sotto sezione 3.2.1 "Processi interni Produzione Territorio"**, si riportano i seguenti indicatori:

- (**IND310**) % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza. Target: $\geq 52\%$ (media 2018). Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023, l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 63,12% vs un dato 2022 di 59,24% e 2021 di 55,65%, in recupero e nel rispetto del target. Il dato medio regionale 2023 risulta pari a 61,06%.

- (**IND661**) % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023, l'AUSL di Imola presenta il valore percentuale più alto pari a 72,97%, vs un dato 2022 di 65,15% e 2021 di 63,33%. Il dato medio regionale 2023 risulta pari a 65,81%.

- (**IND662**) % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda mostra la % più alta a livello regionale, pari a 43,48%, in incremento rispetto al 2022 (40,58%) e 2021 (28,38%). Il valore regionale 2023 risulta pari a 29,54%.

- (**IND317**) % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 7\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti e mostra per l'AUSL di Imola nel 2023 una percentuale pari a 10,27%, in lieve incremento rispetto al 2022 (9,23%) ed ampiamente entro il target regionale. Il valore regionale 2023 risulta pari a 9,63%.

In riferimento agli indicatori di osservazione su SIVER del **PIAO 2023 2025, nella sotto sezione 3.1.3 Esiti**, di seguito si riportano i risultati relativi al 2023:

- (**IND402**) Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio. Target: $\leq 0,7\%$. Risultato atteso aziendale: \leq std RER.

Nel 2023 la % risulta pari a 1,52 vs 1,91% del 2022. Il valore regionale 2023 risulta pari a 0,90%.

- (**IND403**) Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio. Target: $\leq 1,2\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023 risulta pari a 0,95% nel rispetto del target RER, pur se in incremento vs il 0,26% del 2022. Il valore regionale 2023 risulta pari a 1,53%.

Percorso IVG. Nel 2022 si è cercato di garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e farmacologica avendo recepito nel 2021 le indicazioni Regionali in merito alla IVG farmacologica fino al 63° giorno di amenorrea tramite stesura del "Percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza per via farmacologica" che prevede la possibilità di offrire l'IVG farmacologica fino alla 63° giornata di amenorrea). Nel 2023, in continuità con il 2022, si è operato al fine di ridurre i tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico. Per quanto riguarda invece la somministrazione di IVG farmacologica presso il Consultorio Familiare fino al 49° giorno di amenorrea, in accordo con la Direzione Sanitaria e come riferito anche in Regione Emilia-Romagna, tale applicazione sarà concretizzata contestualmente all'apertura degli spazi della Casa della Comunità che saranno contigui al Consultorio garantendo disponibilità di spazi che ora non ci sono.

Per quanto concerne gli indicatori presenti su SIVER (**PIAO 2023 2025 - Integrazione**), si riporta il seguente monitoraggio:

- (**IND902**) % IVG medica sul totale IVG. Target: $\geq 34\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std RER.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra il 76,03% vs 72,12% del 2022. La media regionale 2023 risulta pari a 83,76%.

- **(IND542)** % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane. Valore di riferimento <= 25%. Risultato atteso aziendale: <= Anno 2022.

Anno 2023: AUSL Imola 15,38% in lieve incremento rispetto al 2022 (13,21%), ma entro il target regionale. (media regionale 2022: 13,36%). Il valore medio percentuale regionale è pari a 16,64%.

- **(IND908)** % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche. Valore di riferimento: >= 25%.

L'AUSL di Imola, nel 2023 come nel 2022 risulta non aver effettuato IVG farmacologiche. La % regionale risulta pari a 26,54%.

Contrasto alla violenza. L'attività del Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è proseguita anche nel 2023. Le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori hanno impegnato su più fronti le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico con attività di prevenzione, sensibilizzazione e presa in carico delle donne che hanno subito maltrattamento. Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Sono state 8 le convocazioni nel 2023 del Tavolo Tecnico composto da figure professionali sociosanitarie dei Centri Antiviolenza e dalle Forze dell'Ordine del territorio per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere. Il Tavolo si è dato il compito di alternare incontri organizzativi ad incontri a carattere clinico, per un confronto su casi complessi presi in carico in modo trasversale da più servizi e per ottimizzare le azioni e individuare aree di miglioramento. Questa metodologia ha reso più solida e operativa la rete per il contrasto e la presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti.
- Inserimento di un nuovo membro operante presso il Pronto Soccorso aziendale nella figura di una psicologa della Psicologia Ospedaliera che, presso il PS, accoglie e incontra donne per favorire un loro primo accesso alla rete.
- Aggiornamento della procedura aziendale "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza". Si è provveduto a rivisitare tutto il percorso al fine di riattualizzarlo con particolare riferimento al Pronto Soccorso, oltre che a tutti i servizi che compongono la rete e i Centri Anti Violenza del territorio e a pubblicarlo.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole con interventi presso alcuni Istituti secondari di secondo grado con gruppi classe per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere. Sono stati coinvolti ragazzi ed insegnanti.
- Programmazione ed attuazione di un corso destinato alle operatrici di un Centro Anti Violenza sui temi del Trauma e dei suoi effetti sulle vittime e presentazione della rete dei servizi attivi sul territorio.
- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri condotto da due psicologhe del Consultorio sui temi del riconoscimento precoce del maltrattamento e la conoscenza della rete dei servizi

per l'invio e la presa in carico delle donne vittime di violenza.

- Presa in carico psicologica e psicoterapeutica di donne che subiscono violenza oltre che degli uomini autori di maltrattamenti che si sono rivolti al Consultorio Familiare o che sono stati inviati da altri servizi del territorio.

Obiettivo: Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche

L'Azienda nel 2023 ha garantito azioni ed interventi per rendere più efficiente l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti (PA), Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) e Dipendenze patologiche (DP). Particolare attenzione è stata data in merito agli obiettivi/indicatori sotto riportati. In riferimento agli obiettivi della Programmazione annuale regionale, declinati nella DGR 1237/2023 all'Allegato B, quadro programmatico di riferimento per l'anno 2023, si dettaglia quanto segue.

Per quanto concerne l'obiettivo di garantire una corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella cartella CURE (Salute mentale e NPIA) e SistE, con riferimento alle Unità Operative complesse del Dipartimento Salute Mentale, si precisa quanto seguente:

- **UOC NPIA:** la registrazione dei trattamenti residenziali nella cartella clinica informatizzata CURE è stata completata; rimane da affinare l'allineamento con il dato amministrativo della fatturazione.
- **UOC DP:** ove la cartella sociosanitaria CURE ha concesso la corretta transizione dalla precedente cartella SISTER, è stata effettuata la registrazione su tutti gli utenti inseriti in trattamenti residenziali e semiresidenziali.
- **UOC PA:** i trattamenti residenziali registrati in CURE sono allineati con il dato amministrativo del Controllo gestione.

In riferimento all'obiettivo sulla rivalutazione percorsi residenziali, le Unità Operative del DSM hanno garantito quanto segue:

- **UOC NPIA:** è stato garantito il target regionale per tutti gli assistiti, nella maggior parte dei casi con più incontri annuali.
- **UOC DP:** tutti gli utenti inseriti presso percorsi residenziali sono stati rivalutati (di media ogni quattro mesi) sia attraverso incontri con utenza e personale delle strutture, sia attraverso schede specifiche che dettagliano se i singoli obiettivi del periodo sono stati raggiunti. L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.
- **UOC PA:** per le persone inserite nelle Residenze sanitarie e Socio-Sanitarie, pur con percorsi diversificati come modalità di inserimento (diretto da parte del CSM nelle Sanitarie e tramite UVM nelle Socio Sanitarie), sono state mantenute le medesime modalità di valutazione e verifica, ovvero la costruzione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI). Tale metodologia, co progettata e co costruita con il Terzo Settore fin dai percorsi di superamento degli Ospedali Psichiatrici, prevede la presenza di PTRI scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative. Tali PTRI, rinnovati ogni anno, vengono verificati almeno ogni quattro mesi.

In merito all'obiettivo sulle Residenze a trattamento intensivo (RTI) che pone un target del 20% massimo degli inserimenti con oltre 60 giorni di trattamento, comunque non superiore a 90 giorni, in riferimento alle UOC del Dipartimento Salute Mentale si rileva quanto segue:

- **UOC PA.** La RTI, situata all'interno dell'Ospedale della Azienda, adiacente all'SPDC e che vede nella maggior parte dei casi l'inserimento di persone in cura al Centro di Salute Mentale, non è stata più operativa da luglio 2023, sostituita da un accordo con la RTI AIOP accreditata Villa Azzurra. L'obiettivo è raggiunto al 100%. I dati annui seguenti contengono anche i ricoveri della PA in RTI AIOP: >90 giorni = 0,0%; 61-90 giorni = 5,3%; <=60 giorni = 94,7%.
- **UOC DP.** Obiettivo raggiunto al 100%.

Per le Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E) il target è fissato a: 30% massimo con oltre due anni di trattamento e comunque non superiore ai 30 mesi.

Per le Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche) il target è: 30% massimo degli inserimenti con oltre 18 mesi di trattamento.

- **UOC PA.** Questa tipologia di Residenze è utilizzata nell'ambito della psichiatria adulti. Le persone vengono inserite prevalentemente nelle due RTRe presenti sul territorio del Circondario Imolese (Casa Franco Basaglia e La Pascola). La metodologia co-progettata e co-costruita, consolidata fin dalla nascita delle due Residenze come residenze sanitarie, prevede la presenza di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative. Le durate dei n.ro 19 trattamenti in essere nelle RTRe a fine 2023 sono così distribuiti: >30 mesi = 10,5%; 24-30 mesi = 31,6%; <=24 mesi: 57,9%.

L'obiettivo non è raggiunto per i trattamenti RTRe con durata >2 anni (= 42,1%), anche se il numero dei casi in assoluto cala da 11 a 8 persone presenti al 1.1.2024 (un ulteriore calo è avvenuto con chiusura di Casa Basaglia a metà gennaio 2024).

In riferimento alle Residenze specialistiche dipendenze, il cui target viene posto al 10% massimo degli inserimenti con oltre 90 giorni per i COD e 20% massimo degli inserimenti con oltre 1 anno per le Strutture doppia diagnosi, comunque non superiore ai 18 mesi, si rileva che l'obiettivo è stato raggiunto.

Definizione équipe integrata autismo adulti. Nel 2023, si richiedeva (DGR 1237/2023) la definizione di una équipe multiprofessionale integrata adulti dedicata alle persone con disturbi dello spettro autistico, secondo quanto indicato dalla DGR 63/2023 PRIA "in ogni ambito aziendale o distrettuale vanno definite equipe territoriali integrate per i disturbi dello spettro autistico in età adulta (Spoke adulti) di riferimento, sanitarie e sociali (DSM-DP e Disabili adulti), raccordate con i Centri di Salute Mentale e il Dipartimento Cure Primarie, al fine di una completa cura della salute".

Presso l'AUSL di Imola è attiva dal 2018 una équipe multiprofessionale integrata adulti dedicata alle persone con disturbi dello spettro dell'autismo (Spoke Autismo Adulti) che ha regolarmente rendicontato le attività, anche alla Regione, nei modi e luoghi deputati/richiesti.

L'équipe è funzionale e multiprofessionale ed è composta da: psicologo psicoterapeuta Referente aziendale Autismo, un psichiatra Referente Spoke Autismo Adulti, un psicologo psicoterapeuta, un psicologo BCBA (ABA), uno psicologo e tre educatori professionali. Alcuni operatori lavorano anche nello Spoke Autismo Minori della NPJA al fine di garantire il lavoro integrato Minori / Adulti e la continuità dei percorsi di cura. Lo

Spoke Autismo Adulti ha il compito di dare attuazione alle indicazioni del PRIA (Programma Regionale Integrato per l'assistenza alle persone con Autismo) per quanto riguarda la valutazione diagnostica e la presa in carico delle persone con disturbi dello spettro dell'autismo (PcASD).

Nello specifico si garantisce:

- Facilitazione dei percorsi di transizione ai servizi dell'età adulta.
- Valutazioni diagnostiche secondo protocollo PRIA.
- Partecipazione alla costruzione del Progetto di vita Individuale in integrazione socio-sanitaria con i Servizi Disabili adulti e ASP (UVM, TIC, verifiche periodiche PDTI in struttura) in affiancamento e supporto allo psichiatra referente per territorio.
- Gruppi di Abilità sociali per PcASD Livello 1 e 2 (secondo DSM5).
- Psicoterapia individuale e Colloqui psicologici.
- Parent Training: sia a Imola che a Medicina.
- Magicamente Gruppi strutturati per l'incremento delle autonomie sociali e personali per PcASD Livello 3 (secondo DSM5): Appalto con cooperativa per gestione del Progetto Magicamente attraverso Budget di salute.
- Percorsi integrati Psicoeducativi-IPS per l'inserimento lavorativo.
- Consulenze di Analisi del comportamento applicata (ABA) nei percorsi integrati di gestione delle emergenze comportamentali.
- Consulenze per la Desensibilizzazione alle pratiche mediche minimamente invasive.
- Partecipazione Tavoli istituzionali di partecipazione sociale quali Tavolo Aziendale Autismo, CUF aziendale, Tavolo Circondariale Disabilità, Incontri Regionali con associazioni autismo (PRIA).
- Partecipazione incontri regionali Hub e Spoke.

Disturbi del comportamento alimentare (DNA). La DGR 1237/2023 richiedeva, nel corso del 2023, la definizione, pubblicazione, implementazione e verifica del PDTA DNA. L'AUSL di Imola ha deliberato nel 2011 la creazione di un gruppo aziendale multidisciplinare per la valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi della alimentazione. Il gruppo ha costruito, nel corso del 2023, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) PDTA che ha lo scopo di tracciare il profilo di un modello organizzativo con requisiti di appropriatezza ed efficacia nella gestione e nella cura dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN). Tale modello organizzativo è volto a migliorare l'assistenza al paziente con DAN, promuovendo la sicurezza, ottimizzando le risorse e integrando le diverse competenze cliniche e organizzativo-gestionali, si reso necessario, quindi, definire specificatamente tutte le singole fasi del processo dall'assessment alla presa in cura complessiva multidisciplinare fino alle attività di follow up successive alle dimissioni.

Sebbene il PDTA sia stato terminato a fine anno 2023 e pubblicato su DocWeb il 3 gennaio 2024 (DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE doc. Nr. 7086 - versione 1 del 03/01/2024 PDTA Disturbi dell'alimentazione.pdf - Documento redatto da: Gruppo multiprofessionale e multidisciplinare con

l'individuazione del Responsabile clinico e/o organizzativo), le modalità descritte erano già messe in atto da diversi anni. Estrae dalla cartella informatizzata CURE gli assistiti con le caratteristiche previste dall'indicatore che prevede almeno il 50% degli assistiti con programma DCA valorizzato nella cartella, l'obiettivo risulta pienamente raggiunto a livello dipartimentale, poiché dei 79 assistiti nelle due UOC NPIA e UOC PA 39 assistiti hanno in atto il percorso previsto nel PDTA DAN.

Si riportano di seguito gli indicatori monitorati su SIVER - **PIAO 2023 2025 – Integrazione**) con rispettivi esiti 2023 a rappresentazione dell'attività di ricovero in psichiatria. Tali indicatori rappresentano una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.

- (**D29C**) Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023 si rileva un tasso pari a 78,11 che risulta incrementato rispetto alla media aziendale 2020-2022 (65), ma inferiore al tasso medio regionale che risulta pari a 129,92.

- (**D27C**) % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG. Target: <= 6,9%. Risultato atteso aziendale: < = Anno 2022.

L'Azienda rileva un valore 2023 pari a 8%, in decremento vs 14,67% del 2022, pur non ancora entro il target regionale. Il valore medio regionale risulta pari a 6,26%.

- (**IND960**) Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023 si rileva un tasso in incremento pari a 30,21 vs 14,68 del 2022. Il valore incrementa anche a confronto con la media aziendale (2020 – 2022). Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 23,82.

Il sistema informativo SIVER monitora anche i seguenti indicatori afferenti al sotto capitolo **Produzione-Territorio** del **PIAO 2023 2025**:

- (**IND953**) Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti. Target: >=19. Risultato atteso aziendale: >= std RER.

Nel 2023 si rileva un tasso pari a 23,05 vs 21,74 del 2022 a conferma di un trend di miglioramento. Il Tasso medio regionale risulta di 20,53.

- (**IND225**) Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile. Target: > 50%. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Il dato 2023 risulta pari a 61,05 vs 49,86 del 2022, nel pieno rispetto del target regionale. Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 84,86.

Obiettivo: Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi

La DGR regionale – a superamento dell’Intesa di cui alla DGR 329/2019 – in tema di Farmacia dei servizi, elaborata in coerenza alla proposta di Cronoprogramma farmacia dei servizi di cui all’Accordo Rep. Atti 41/CSR del 30 marzo 2022, estende la progettualità a numerosi ambiti. Tra questi si evidenziano:

a) Integrazione delle farmacie nella rete dei servizi con coinvolgimento nei percorsi di gestione dei pazienti con BPCO e asma, erogando i farmaci specifici attraverso la distribuzione per conto e realizzando interviste strutturate in tema di aderenza alla terapia (1 a paziente anno) di cui allo specifico protocollo regionale. L’intervista è registrata sull’apposita piattaforma regionale che convoglia le informazioni raccolte al medico curante a supporto delle proprie valutazioni cliniche e al FSE. Rispetto a ciò, si fa presente che, come fonte dei dati, era stato indicato l’applicativo regionale per la registrazione delle interviste (DGR 1237/2023), che però non è stato attivato.

b) Partecipazione delle farmacie convenzionate alle attività di farmacovigilanza, come sviluppo del progetto regionale Vigirete sviluppatosi nel biennio precedente e ora concluso. A tal fine dovranno proseguire le attività di formazione delle farmacie convenzionate in relazione alla Nuova rete nazionale di AIFA con particolare riferimento alle modalità di segnalazione. In riferimento alle farmacie convenzionate che hanno inserito almeno 1 segnalazione di FV nella RNF (Fonte: RNF), si fa presente che nel 2023 non sono state inserite segnalazioni di sospette ADR nella RNF da parte delle farmacie convenzionate.

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

L'AUSL di Imola, nell'ambito delle linee di intervento della DGR 2318/2019 "Misure a sostegno dei caregiver", in collaborazione con gli Enti Locali, ha costituito un gruppo di lavoro composto da Professionisti Sanitari, Sociali e un rappresentante dell'Ufficio di Piano. Nel corso del 2020 è stata completata una guida informativa sui servizi e le risorse territoriali a sostegno del caregiver (validata con *health literacy* sia con la collaborazione del CCM che in una delle aule del corso formativo rivolto ad assistenti familiari), presentata ai Professionisti (Medici di Medicina Generale, operatori del PUA, operatori degli sportelli ASP), distribuita diffusamente sul territorio in forma cartacea e messa a disposizione sul sito web dell'Azienda, nell'area dedicata al caregiver. La guida è stata oggetto di rivalutazione e aggiornamento nel corso del 2022.

Il Distretto Imolese ha sempre lavorato sui percorsi di presa in carico integrata di casi multiproblematici con l'adozione dello strumento «TIC» (Tavolo per l'integrazione delle Competenze) qualificando ulteriormente i già praticati percorsi di UVM. Le pratiche di integrazione sociosanitaria così consolidate hanno permesso di favorire il coinvolgimento dell'utente e del caregiver nella fase di valutazione dei loro bisogni/fragilità e delle loro risorse e nella successiva fase di progettazione degli interventi di sostegno. La modulistica in uso all'UVM e il modello di progetto individualizzato prevedono da tempo la condivisione con utente/caregiver/amministratore di sostegno. A ciò si è aggiunto il necessario adeguamento degli strumenti informatici: dal 2021, grazie anche alla disponibilità del finanziamento preposto, si è dato corso alla progettazione dell'informatizzazione degli strumenti a sostegno del caregiver (scheda "Zarit").

Sono attivi, da diversi anni, sul territorio imolese progetti di Auto Mutuo Aiuto (AMA), di gruppi di sostegno e il caffè Alzheimer, tutte iniziative che operano a sostegno del caregiver.

La programmazione 2023 (DGR 1237/2023) ha previsto da parte delle Aziende Sanitarie lo sviluppo e l'implementazione di progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver, in connessione con associazioni ed enti locali. In riferimento a ciò il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze aziendale ha collaborato con l'Associazione Alzheimer Imola per l'invio delle persone con demenza ai centri Caffè Alzheimer. Attualmente sono attivi 5 di questi centri: 3 Caffè Alzheimer a Imola (progetto "Chiacchiere al Caffè a Imola" il mercoledì pomeriggio, "Allegramente Insieme" il lunedì pomeriggio e il "Caffè degli Orti" presso il Circolo Sociale Orti il giovedì), uno a Castel S. Pietro Terme ("Quelli che aspettano il caffè") e uno a Casalfiumanese ("Il Caffè della Vallata").

Rendicontazione utilizzo fondi e strumenti di riconoscimento e sostegno al Caregiver familiare.

In riferimento alla rendicontazione sull'utilizzo del Fondo Caregiver in collaborazione con gli Uffici di Piano (UDP) in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al care giver in ambito domiciliare, quando richiesta dalla RER, viene regolarmente trasmessa la rendicontazione delle attività svolte sostenute dai fondi caregiver da parte dei referenti aziendali e Servizi di Contabilità (DGR 237/2023 e DGR 982/2022).

La DGR 237 del 20/02/2023 ad oggetto "Approvazione del programma regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, annualità 2022. Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende USL" assegna risorse che fanno seguito a quelle già stanziare nel 2022 (DGR 982 del 13/6/2022 Annualità 2021) e quelle stanziare nel 2021 dal livello ministeriale in un'unica soluzione per il triennio 2018-2019-2020, ripartite alle Aziende UsI della Emilia Romagna con DGR 1789/2021.

L'Azienda, a partire dal 2021, nell'ambito dell'aggiornamento del Sistema Informativo per le nuove modulistiche che riguardano il riconoscimento e la presa in carico del caregiver, ha previsto di implementare anche la cartella informatizzata per la disabilità (modulo UVM integrato alla cartella sociale in uso all'ASP), con la quale sistematizzare il flusso di dati relativo alle risorse e alle opportunità progettuali di sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie (caregivers), migliorandone quindi anche gli strumenti di governo e programmazione.

Per quanto concerne l'utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver, si informa che, nel 2023, è stata redatta una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web Ausl Imola- Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024), che prevede l'adozione degli strumenti di riconoscimento del caregiver familiare con valutazione dei bisogni all'interno dei PAI degli interventi finanziati dai fondi caregiver nel 100% dei progetti attivati.

Obiettivo: Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungo assistenza

L'azienda opera a livello territoriale mediante una articolazione di 49 strutture a gestione diretta e 43 strutture convenzionate accreditate per un totale di 92 strutture. Nel territorio non sono presenti strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati, al 31/12/2023, relativi alle strutture a gestione diretta e convenzionate, in base alla tipologia e al tipo di assistenza erogata che risultano coerenti con quelli desumibili dai modelli ministeriali STS 11.

Strutture a gestione diretta

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale per immagini | Attività laboratorio | Attività consultorio familiare | Assistenza psichiatrica | Assistenza tossicodipendenti | Assistenza ai malati terminali | Punto vaccinale anti covid-19 | Prescrizione farmaci nota AIFA 99 | Assistenza neuropsichiatria | Attività Ospedale di Comunità |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | | 3 | 3 | 12 | 5 | 1 | | 2 | | 4 | |
| AMBULATORIO E LABORATORIO * | 16 | 5 | 6 | | | | | | 3 | | |
| CASA DELLA COMUNITA' ** | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | 1 | | 3 | |
| STRUTTURA RESIDENZIALE | | | | | 1 | | 1 | | | | 1 |
| STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | | | | | 1 | 1 | | | | | |
| TOTALE | 19 | 11 | 12 | 15 | 10 | 2 | 1 | 3 | 3 | 7 | 1 |

* AMB E LAB: compreso 1 ambulatorio Montecatone (per attività clinica e diagnostica per immagini computato tra strutture convenzionate a gestione indiretta).

** Le tipologie assistenza delle Case della Comunità sono presenti anche in ciascuna tipologia di struttura in esse operanti.

Strutture convenzionate a gestione indiretta

| TIPO STRUTTURA | Attività clinica | Diagnostica strumentale per immagini | Assistenza psichiatrica | Assistenza tossicodipendenti | Assistenza idrotermale | Assistenza anziani ** | Assistenza disabili fisici * |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | | | | | 1 | | |
| AMBULATORIO E LABORATORIO | 7 | 4 | | | | | |
| STRUTTURA RESIDENZIALE | | | 7 | 3 | | 10 | 4 |
| STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | | | 1 | | | 3 | 5 |
| TOTALE | 7 | 4 | 8 | 3 | 1 | 13 | 9 |

* Strutture comprendenti anche disabili psichici.

** Solo Strutture accreditate.

Assistenza anziani. In tabella sono rappresentate le **strutture residenziali e semiresidenziali** con i Posti autorizzati al 31/12/2023, che erogano assistenza agli anziani (**PL 575 residenziali e posti 52 semiresidenziali**), con evidenza dei posti convenzionati accreditati (**PL 508 residenziali e posti 52 semiresidenziali**).

Le strutture convenzionate riportate nella tabella che segue risultano regolarmente accreditate dalla Regione.

| STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZA ANZIANI | POSTI AUTORIZZATI 31/12/2023 | DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI IMOLA |
|--|---------------------------------|---|
| CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA ASP | 59 | 48 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI C.TOZZOLI IMOLA | 44 | 44 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI LA COCCINELLA CSPT | 82 | 77 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI TOSCHI DOZZA | 25 | 16 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI S. MARIA TOSSIGNANO | 43 | 43 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI IMOLA | 144 | 138 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI VILLA ARMONIA IMOLA | 38 | 27 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA CIDAS | 40 | 15 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI FIORELLA BARONCINI IMOLA | 70 | 70 |
| CASA RESIDENZA ANZIANI ANTONIO ABATE FONTANELICE | 30 | 30 |
| TOTALE Posti | 575 | 508 |

| STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI | POSTI AUTORIZZATI 31/12/2023 | DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT | 16 | 16 |
| CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA | 16 | 16 |
| CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA | 20 | 20 |
| TOTALE Posti | 52 | 52 |

Servizi sociosanitari per la non autosufficienza. La programmazione del FRNA viene approvata dalla Giunta Regionale con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA avviene in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA) e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi. Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare a livello distrettuale la programmazione del Fondo per il Dopo di Noi di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità.

Nei primi mesi del 2023 è stata, inoltre, prevista la programmazione del Fondo nazionale dedicato ad interventi sociali e sociosanitari per le persone con Disturbi dello Spettro Autistico che è stato ripartito e programmato a livello regionale con la DGR 2299/2022. Occorre, inoltre, assicurare in collaborazione con gli Enti Locali interventi a sostegno della domiciliarità previsti dal Piano nazionale del "Fondo per le non autosufficienze 2022-2024".

In riferimento all'implementazione degli accordi previsti dal piano nazionale della non autosufficienza:

- Stipula, in ambito distrettuale dell'accordo di programma di costituzione e funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA) e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario, come da indicazioni Piano nazionale non autosufficienza. Target: 100%.
- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: sistema di funzionamento dell'Équipe Integrata all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Target: 100%.

- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Target: 100%.
- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: procedura operativa che vincoli l'utilizzo della scheda di "Riconoscimento del caregiver familiare" (determinazione n. 15465 del 10/09/2020) in fase di primo accesso. Target: 100%.

Nel 2023 è stato istituito un gruppo di lavoro integrato fra AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) che, come previsto dalla Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024, ha demandato ad un tavolo tecnico distrettuale la redazione di un documento operativo per l'avvio e la gestione del servizio Punto Unico di Accesso (PUA) nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese (presa d'atto AUSL di Imola con delibera nr. 65 del 29.3.2024). Inoltre, è stata redatta una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web Ausl Imola -Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024).

L'indicatore che segue del NSG fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale (**PIAO 2023 2025 Integrazione**).

- (**D33ZA**) Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG. Target: $\geq 24,6\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2023 il valore percentuale si attesta al 41,54% vs il 39,44% del 2022, nel rispetto del target regionale e del risultato atteso aziendale. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 41,12%.

Gestione dei servizi socio-assistenziali e del fondo per la non autosufficienza. Con nota prot. 0995841.U del 29/09/2023, ad oggetto 'Risorse destinate alla non autosufficienza 2023 - Indicazioni sulle risorse disponibili e trasmissione della DGR 1539/2023 Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma e riparto risorse anno 2023', la Regione Emilia Romagna ha comunicato l'assegnazione complessiva delle risorse destinate alla non autosufficienza per l'annualità 2023 e dato indicazioni sulla disponibilità complessiva, a livello regionale, delle risorse da destinare ai servizi ed interventi per la non autosufficienza (FRNA, FNA e altri fondi nazionali) alla luce del finanziamento nazionale per la non autosufficienza (FNA) già definito per il triennio 2022 – 2024. Si richiamano a seguire gli atti adottati per la ripartizione e l'assegnazione alle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende USL delle risorse per l'annualità 2023, suddivise per fonte di finanziamento:

- **DGR 2381 del 27/12/2022** ad oggetto "*Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze - FNA 2022 DPCM 3 ottobre 2022: assegnazione, impegno e accertamento entrata*": con la quale è stato adottato il Piano regionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024. Con tale DGR è stata definita la ripartizione alle Aziende Sanitarie delle Risorse a valere sul Finanziamento FNA, che per il territorio dell'Azienda Usl di Imola ammontano a € 1.973.553,00, di cui € 89.564 per gli interventi relativi alla progettualità "Vita Indipendente" ed € 88.421,00 per implementazione del personale destinato al "PUA".

- **DGR 905 del 05/06/2023** ad oggetto *"Programmazione regionale per il triennio 2022-2024 del Fondo per la Non Autosufficienza"* sono state date indicazioni programmatiche che tengono conto, in particolare, del riordino della sanità territoriale di cui DM 77 ed alla Missione 6 del PNRR, nonché le indicazioni sull'utilizzo del FNA nell'ambito dei vari interventi ed azioni previste dal PNNA 2022-2024.
- **DGR 237 del 20/02/2023** ad oggetto *"Approvazione del programma regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, annualità 2022. Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende USL"*. Si precisa che tali risorse fanno seguito a quelle già stanziato nel 2022 (DGR 982 del 13/6/2022 Annualità 2021) e quelle stanziato nel 2021 dal livello ministeriale in un'unica soluzione per il triennio 2018-2019-2020 e ripartite alle Aziende Usl della Emilia Romagna con DGR 1789/2021. Il finanziamento per l'annualità 2022 ammonta ad € 57.484,61 a cui si sommano i residui non utilizzati dell'annualità 2021 pari a € 34.988,32.
- **DGR 1313 del 31/07/2023** ad oggetto *"Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare di cui alla L. n. 112/2016. Programmazione risorse Decreto 07/12/2021"*, con la quale sono stati approvati il riparto alle AUSL e gli indirizzi di programmazione delle risorse del Fondo c.d. *"Dopo di Noi"* disponibili per il 2023. Si tratta di uno stanziamento annuale ormai consolidato che ha consentito di programmare gli interventi con continuità. Al finanziamento per l'annualità 2022, pari a € 170.844,00, si somma il residuo dell'annualità 2021 pari a € di € 3.552,00.
- **DGR 1539 del 19/09/2023** ad oggetto *"Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma e riparto risorse anno 2023"*: tali risorse del FRNA sono state ripartite alle Aziende e la loro destinazione è stata definita in sede di programmazione territoriale senza vincolo di utilizzo delle stesse tranne che per le quote aggiuntive specificamente destinate ai servizi accreditati in presenza di particolari condizioni (gestioni particolari pubbliche e private, ulteriori compensazioni Irap e strutture di piccole dimensioni in zone montane e disagiate). Il finanziamento destinato con tale DGR al territorio dell'Azienda USL di Imola è pari a € 13.881.652,00. Con la **DGR 2314 del 22/12/2023** il finanziamento FRNA per l'anno 2023 è stato successivamente integrato per la somma di € 542.303,00. Si richiama l'attenzione sull'adeguamento tariffario applicato ai servizi socio-sanitari accreditati dal 01/04/2022 previsto dalla DGR n.1625 del 28/09/2022 che, per l'anno 2023, ha inciso su tutto l'anno con conseguente maggior assorbimento di risorse sul FRNA.
- **DGR 2299 del 19/12/2022** (Quota annualità 2022 -2023) ad oggetto *"Programma Regionale Fondo Nazionale inclusione Disabilità a favore delle persone con disturbo dello spettro autistico Decreto 29 luglio 2022"* con il quale è stato stanziato per il territorio dell'Ausl di Imola un importo pari a € 224.277,00. L'utilizzo del fondo è stato oggetto di programmazione integrata tra l'Azienda Usl e l'Azienda Servizi alla Persona del Nuovo Circondario Imolese approvata in sede di Comitato dei Distretto con Delibera del NCI n. 1 del 21/03/2023.

In sintesi, l'ammontare complessivo delle risorse 2023 disponibili per la non autosufficienza nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola raggiunge il valore complessivo di € 18.297.766,16 considerando i residui

FRNA e FNA 2022. Al netto di tali residui le risorse assegnate sono pari ad € 16.854.928,55 con un incremento del 9,5% rispetto all'assegnato 2022.

| AREA / INTERVENTO | 2021 | 2022 | 2023 | var. 2023 vs 2022 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| RISORSE FRNA | | | | |
| Quota su pop. Anziana >= 75 anni | 9.641.337 | 9.584.514 | 10.779.280 | |
| Rete Disabili | 2.828.206 | 2.828.206 | 2.828.206 | |
| Gravissime disabilità acquisite DGR 2068/04 | 256.164 | 256.163 | 256.163 | |
| Quota aggiuntiva Gestioni Particolari | 553.620 | 561.537 | 560.306 | |
| Risorse FRNA incamerate da ASP x assegni cura recuperati | | | 4.814,94 | |
| Totale FRNA | 13.279.327 | 13.230.420 | 14.428.770 | 1.198.350 |
| RISORSE FNA | | | | |
| Almeno 50% vincolato per persone con gravissima disabilità | 782.366 | 1.764.794,00 | 1.795.568,00 | |
| FNA operatori PUA | 0 | 46.564,00 | 88.421,00 | |
| Quota destinata a persone con disabilità grave al netto di quota vita indipendente | 692.612 | 0,00 | 0,00 | |
| Quota Vita Indipendente | 89.754 | 89.564,00 | 89.564,00 | |
| Totale FNA - DGR 2381 del 27/12/2022 | 1.564.732 | 1.900.922 | 1.973.553 | 72.631 |
| ALTRE RISORSE FNA | | | | |
| Dopo di Noi (L. 112/2016) DGR 1080 del 27/12/2022 | | 175.699,00 | 170.844,00 | |
| <i>di cui risorse specificatamente dedicate all'assistenza alle persone con disabilità grave di cui all'art. 4 comma 3 lettere a, b, c del Decreto 23/11/2016</i> | | 34.632,00 | 33.675,00 | |
| Fondo sostegno strutture semiresidenziali disabili DGR 2022/2020 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Misure regionali sostegno caregiver DGR 1789 del 02/11/2021 - DGR 237/2023 | 159.805,91 | 53.338,68 | 57.484,61 | |
| FN Autismo DGR 2299/2022 | | | 224.277,00 | |
| Totale ALTRE RISORSE | 159.806 | 263.669,68 | 452.605,61 | 188.936 |
| TOTALE RISORSE COMPLESSIVE ASSEGNATE | 15.003.864,91 | 15.395.011,68 | 16.854.928,55 | 1.459.916,87 |
| TOTALE RESIDUI 2022 FRNA | | | 70.729,79 | |
| TOTALE RESIDUI 2022 FNA VARI FONDI | | | 1.372.107,82 | |
| TOTALE COMPLESSIVO ASSEGNATO 2023 + RESIDUO 2022 | | | 18.297.766,16 | |

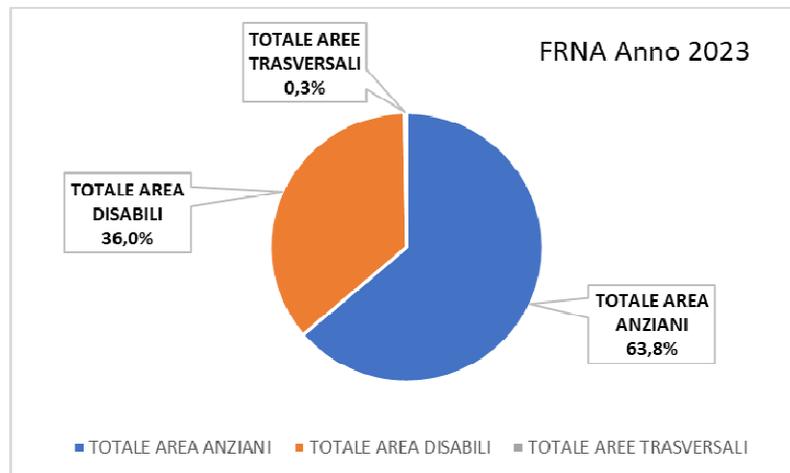
Nel corso dell'anno l'AUSL di Imola ha provveduto a periodici monitoraggi, circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza periodica. È stata fatta costantemente nell'anno, di concerto all'Ufficio di Piano, una verifica circa la sostenibilità economica delle scelte effettuate in sede di programmazione locale. Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse dell'FRNA, rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente, sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie, rese nell'ambito dei servizi socio sanitari accreditati, sono state correttamente imputate al fondo sanitario.

Utilizzo delle risorse per la non autosufficienza. Nel 2023, la spesa per la non autosufficienza, rappresentata in Tabella per aree di intervento, rileva un consuntivo 2023 (FRNA, FNA e Vari Fondi) pari a € 16.558.225,02, al netto delle sopravvenienze e insussistenze (€ 19.265,41). Il consuntivo 2023 presenta, a confronto con l'anno precedente, mediamente un incremento sulle diverse aree di circa il 5% dell'utilizzo dei finanziamenti. Gli incrementi hanno interessato, in particolare, interventi a favore della domiciliarità. Si rileva nel 2023 anche una maggiore capacità di utilizzo del FNA rispetto agli anni precedenti, favorita dalle indicazioni nazionali e regionali impartite nell'esercizio 2023 sull'utilizzo del fondo medesimo.

Tabella - Risorse utilizzate per la non autosufficienza

| AREA/INTERVENTO | Risorse FRNA / FNA 2021 EURO MLN | Risorse FRNA / FNA 2022 EURO MLN | Risorse FRNA / FNA 2023 EURO MLN | Var 2023 vs 2022 |
|--|---|---|---|---------------------|
| AREA ANZIANI | | | | |
| Residenzialità anziani | 1.246.394,42 | 1.982.161,33 | 3.220.533,44 | 238.431,91 |
| <i>di cui: sollievo e ricoveri temporanei</i> | 1.459.111,30 | 206.353,84 | 190.268,65 | -16.085,19 |
| Semi residenzialità anziani (Centri diurni) | 330.706,00 | 267.902,49 | 268.617,96 | 20.905,67 |
| Diminuitività anziani | 838.532,00 | 897.573,67 | 356.427,49 | 58.534,22 |
| Assegni di cura anziani | 510.227,73 | 553.223,51 | 556.824,59 | 101.301,04 |
| Altri Interv. anziani a sostegno della dom. | 420.869,87 | 417.241,89 | 434.523,00 | 17.281,01 |
| TOTALE AREA ANZIANI | 9.347.528,74 | 10.120.102,79 | 10.557.176,84 | 437.074,05 |
| AREA DISABILI | | | | |
| Residenzialità disabili | 2.645.174,57 | 2.908.062,32 | 1.394.156,83 | -9.3395,49 |
| <i>di cui: sollievo e ricoveri temporanei</i> | 1.036,00 | 7.231,55 | 71.574,20 | 64.342,65 |
| Semi residenzialità disabili | 1.131.343,05 | 1.153.657,44 | 2.341.845,99 | 1.188.188,55 |
| Diminuitività disabili | 576.132,02 | 608.485,75 | 530.843,88 | -68.411,87 |
| Assegni di cura disabili e contributo assistenti familiari disabili | 542.427,12 | 514.867,05 | 560.533,02 | 45.715,97 |
| Altri Interv. disabili a sostegno della dom. | 325.344,00 | 352.020,64 | 517.679,98 | 165.559,34 |
| TOTALE AREA DISABILI | 5.220.420,76 | 5.537.093,20 | 5.954.119,70 | 417.026,50 |
| AREA TRASVERSALI | | | | |
| Sostegno economico ad allenam. o domestico e ad allenam. creativo/veicoli a CAAC | 30.773,00 | 14.906,36 | 22.037,13 | 7.178,77 |
| Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili | 1.923,00 | 24.090,21 | 24.841,35 | 151,14 |
| TOTALE AREE TRASVERSALI | 42.698,00 | 39.598,57 | 46.928,48 | 7.329,91 |
| TOTALE AREE | 14.610.647,50 | 15.696.794,56 | 16.558.225,02 | 861.430,46 |
| TOTALE Sopravvenienze e Insussistenze | | | -19.265,41 | |
| TOTALE AREE (al netto TOTALE Sopravvenienze e insussistenze) | | | 16.577.490,43 | |

Il Grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione percentuale della spesa suddivisa per aree di intervento (Aree Anziani, Aree Disabili Area Trasversale).



Utilizzo delle risorse per area di attività. Nel 2023 il 61,7% (€ 10.214.760,27) delle risorse è stato destinato alla residenzialità, inclusi i ricoveri temporanei; il 15,9% (€ 2.630.653,95) è stato destinato a centri diurni per anziani e disabili e Centri socio occupazionali; il 9,0% (€ 1.496.271,77) per l'assistenza domiciliare; il 7,4% (€ 1.217.407,57) è stato utilizzato per assegni cura; il 5,8% (€ 952.202,98) per altri interventi per anziani a sostegno della domiciliarità, ed infine l'0,3% (€ 46.928,48) per interventi a favore delle reti sociali

(sostegno economico adattamento domestico e autoveicoli; sostegno reti sociali e prevenzione soggetti fragili).

RISORSE UTILIZZATE PER AREA DI ATTIVITA'

| AREA DI ATTIVITA' | RISORSE UTILIZZATE | % |
|------------------------|------------------------|---------------|
| RESIDENZIALITA' | 10.214.760,27 € | 61,7% |
| SEMI RESIDENZIALITA' | 2.630.653,95 € | 15,9% |
| ASSISTENZA DOMICILIARE | 1.496.271,77 € | 9,0% |
| ASSEGNI DI CURA | 1.217.407,57 € | 7,4% |
| ALTRI INTERVENTI | 952.202,98 € | 5,8% |
| RETI SOCIALI | 46.928,48 € | 0,3% |
| TOTALE | 16.558.225,02 € | 100,0% |

Nell'ambito del programma regionale per le **gravissime disabilità acquisite** (DGR 2068/2004 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta: prime indicazioni") è stato avviato un processo di sviluppo e qualificazione dei servizi sanitari e sociali territoriali con l'obiettivo di creare nuove opportunità di assistenza domiciliare e residenziale per le persone e le famiglie che si trovano ad affrontare una situazione di gravissima disabilità acquisita in età adulta (Oneri per assistenza presso strutture residenziali pubbliche della Regione; Assegni di cura; Contributi aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto).

In riferimento all'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le **gravi e gravissime demenze** (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza), il dato aziendale, richiesto e fornito alla Regione in uno specifico report annuale, riporta il numero di pazienti con prima visita e diagnosi di demenza con CDR ≥ 3 , che è risultato pari a 25 pazienti nel 2023.

Il sistema informativo SIVER monitora, nell'ambito degli indicatori sui **Processi interni – Produzione territorio** del "PIAO 2023 2025", un indicatore relativo al tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti. Tale indicatore valuta l'utilizzo della rete di presa in carico delle persone maggiorenni con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04).

- (**IND499**) Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti. Valore atteso aziendale: \geq Anno 2022.

Nel 2023 il tasso risulta pari a 0,38 vs 0,32 del 2022 e 0,28 del 2021. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 0,36.

Obiettivo: Governo rete servizi sociosanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali "Vita Indipendente" e "Dopo di noi" per l'assistenza alle persone con grave disabilità

In riferimento al "**Fondo Dopo di Noi**", nel 2023, con DGR 1313/2023 ad oggetto "Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare di cui alla L. n. 112/2016. Programmazione risorse Decreto 07/12/2021", sono stati approvati il riparto alle AUSL e gli indirizzi di programmazione delle risorse del Fondo c.d. "*Dopo di Noi*" disponibili per il 2023. Si tratta di uno stanziamento annuale ormai consolidato che ha consentito di programmare gli interventi con continuità.

La rendicontazione dei finanziamenti ricevuti è stata regolarmente effettuata nel rispetto delle tempistiche richieste dal livello regionale.

La DGR 2381/2022 "Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze - FNA 2022 DPCM 3 ottobre 2022: assegnazione, impegno e accertamento entrata", con riferimento al DPCM del 3 ottobre 2022 con il quale è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza triennio 2022-2024 e in base al quale le Regioni adottano il Piano regionale per la non autosufficienza, assegna le risorse alle aziende sanitarie. Le risorse complessive assegnata all'AUSL di Imola prevedono una quota di finanziamento destinata ai Progetti "**Vita Indipendente**".

Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| D04C ex 828 | Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG | 178,76 | 203,92 | 224,81 | < = 343 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 230,38 | 259,16 | (Flusso SDO) |
| D03C ex 389 | Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG | 55,73 | 93,71 | 139,04 | < = 56,38 | < = ANNO 2022 | 111,76 | 76,52 | (Flusso SDO) |
| 866 | Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni | 41,86 | 39,92 | 35,71 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 50,61 | 31,00 | (Flusso SDO) |
| 960 | Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni | 25,5 | 27,56 | 14,68 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 30,21 | 23,82 | (Flusso SDO) |
| D27C ex 836 | % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG | 6,38 | 6,05 | 14,67 | <= 6,9% | < = ANNO 2022 | 8 | 6,26 | (Flusso SDO) |
| D29C ex 856 | Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG | 66,29 | 66,29 | 62,44 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 78,11 | 129,92 | (Flusso SDO) |
| D05C ex 783 | Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG | 72,75 | 74,81 | 44,15 | - | < = ANNO 2022 | 48,32 | 45,57 | (Flusso PS) |
| 280 | Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni | 235,83 | 269,60 | 437,45 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 351,3 | 228,95 | (Flusso ADI) |
| 862 | Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI | 11,14 | 10,77 | 13,23 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 11,19 | 11,36 | (Flusso ADI e SDO) |
| D22Z ex 859 | Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG | 100 | 100 | 100 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 100 | 100 | (Flusso ADI) |
| D32Z ex 656 | N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG | 22,34 | 20,90 | 22,11 | < = 25 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 25,79 | 25,65 | (Flusso ADI, HOSPICE e REM) |
| D30Z ex 837 | D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG | 54,90 | 54,80 | 52,60 | > = 60 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 55,1 | 54,00 | (Flusso ADI, HOSPICE e REM) |
| 902 | % IVG medica sul totale IVG | 76,06 | 67,71 | 72,12 | > = 34 (media 2018) | MANTENIMENTO STD RER | 76,03 | 83,76 | (Flusso IVG) |
| 542 | % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane | 39,78 | 39,02 | 13,21 | < = 25 | < = ANNO 2022 | 15,38 | 16,64 | (Flusso IVG) |
| 673 | % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO | 17,37 | 11,44 | 11,17 | - | < = ANNO 2022 | 10,26 | 7,83 | (Flusso SDO e SIRCO) |
| D33ZA ex 860 | Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG | 37,53 | 39,6 | 39,44 | >= 24,6 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 41,54 | 41,12 | (Flusso FAR e GRAD) |

3.1.3 Area degli esiti

Si riportano gli indicatori di Esito monitorati **SIVER - Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia-Romagna**.

Per quanto concerne gli **indicatori di Mortalità a 30 giorni**, si osserva:

- **IND389** "Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. L'Azienda nel 2023 registra un indice di mortalità pari a 4,46%, in riduzione rispetto al 2022 (5,38%) e nel pieno rispetto dell'atteso. L'indice regionale risulta 6,86.
- **IND391** "Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 14\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. Nel 2023 il dato aziendale (12,55%), nel rispetto del target regionale, registra un incremento rispetto al 2022 (8,58%) e 2021 (10,34%). Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 11,12%.
- **H23C** "Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 13,60\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. L'esito 2023 risulta pari a 6,47% nel rispetto del target regionale e inferiore alla media aziendale 2020, 2021 e 2022, vs una media regionale 2023 di 9,91%.
- **IND395** "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale: \leq Anno 2022. L'esito 2023 rientra nel target regionale e rispetta l'atteso aziendale: pari a 7,39% risulta in decremento rispetto al 2022 (11,70%), vs una media regionale 2023 pari a 8,98%.

In ordine agli **indicatori di Mortalità a 30 giorni, per interventi chirurgici**, si osserva:

- **IND400** "Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 7\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. Il valore aziendale 2023 (3,33%) rientra nel target e risulta in mantenimento: 3,57% nel 2022, 3,70% nel 2021 e 3,33% nel 2020. Il valore RER 2023 è di 4,13%.
- **IND401** "Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 6\%$. Valore atteso aziendale: \leq std RER. Nel 2023 l'esito risulta in linea con l'anno precedente: 2,3% vs 22,27% del 2022, nel pieno rispetto del target regionale. Il valore 2023 a livello regionale risulta pari a 3,34%.

Seguono specifici **indicatori di esito in riferimento a specifici interventi chirurgici**.

- **IND390** "Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni". Target: $\geq 35\%$. Si precisa che i risultati non comprendono le PTCA Primarie che sono trattate in FAST TRACK verso la struttura Villa Maria Cecilia, che rappresenta circa il 90% della casistica. Nel 2023 si registra una percentuale pari a 20,72%, inferiore per le ragioni sopra esposte al valore target di riferimento.
- **IND396** "Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi". Target: 90 casi. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. L'Azienda nel 2023 risulta pari a 99,48% in incremento vs il 2022 (98,08%) e 2021 (91,97%). Il valore 2023 RER risulta pari a 80,13%.

In riferimento al **parto**:

- **H17C** "% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG". Target: $\leq 15\%$. Valore atteso aziendale: \leq Anno 2022. L'esito 2023 risulta pari a 12,85% in decremento rispetto al 16,85% del 2022 e nel rispetto del target di riferimento regionale. Il valore medio regionale 2023 è pari a 15,12%.
- **IND402** "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target: $\leq 0,7\%$. Valore atteso aziendale: \leq std RER. L'esito aziendale 2023, pari a 1,52%, risulta in lieve calo rispetto al 1,91% del 2022. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 0,9%.
- **IND403** "Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target: $\leq 1,2\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. L'Azienda mostra un valore 2023 pari a 0,95% superiore all'atteso aziendale, ma nel rispetto del target regionale ed inferiore al valore regionale 2023 (1,53%).

In riferimento ai **tempi di attesa per interventi chirurgici**, si rileva:

- **IND867** "Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici". Valore atteso aziendale: \leq medio RER. L'esito 2023 risulta pari a 2,02, in decremento rispetto al 2022 (4,55) ed in linea con il valore medio regionale (2,96%).
- **IND404** "Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico". Target: < 6 . Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. Nel 2023 il valore aziendale risulta pari a 4,5 vs il 4 del 2022 e 2021, in lieve incremento ma nel rispetto del target regionale. Il tasso medio regionale 2023 risulta pari al 2.

Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|----------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| H05Z ex 844 | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - Indicatore NSG: H05Z | 72,09 | 74,26 | 89,29 | >= 90 | > = ANNO 2022 | 92,00 | 86,00 | (Flusso SDO) |
| 389 | Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni | 9,60 | 7,79 | 5,38 | <= 12 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 4,46 | 6,86 | (Flusso SDO) |
| 390 | Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni | 19,20 | 20,78 | 25,78 | >= 35 | I risultati non comprendono PTCA Primarie trattate in FAST TRACK verso la struttura Villa Maria Cecilia (90% della casistica). | 20,72 | 50,60 | (Flusso SDO) |
| 391 | Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni | 12,50 | 10,34 | 8,58 | <= 14 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 12,55 | 11,12 | (Flusso SDO) |
| H23C ex 393 | Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni | 12,30 | 12,93 | 5,45 | <= 13,60 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 6,47 | 9,91 | (Flusso SDO) |
| 395 | BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni | 15,04 | 19,13 | 11,70 | <= 12 | < = ANNO 2022 | 7,39 | 8,98 | (Flusso SDO) |
| 396 | Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi | 98,55 | 91,97 | 98,08 | 90 casi | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 99,48 | 80,13 | (Flusso SDO) |
| 400 | Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni | 3,33 | 3,70 | 3,57 | <= 7 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 3,33 | 4,13 | (Flusso SDO) |
| 401 | Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni | 6,67 | 7,87 | 2,27 | <= 6 | < = STD RER | 2,3 | 3,34 | (Flusso SDO) |
| 402 | Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 1,44 | 2,22 | 1,91 | <= 0,7 | < = STD RER | 1,52 | 0,90 | (Flusso SDO) |
| 403 | Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 0,89 | 0,24 | 0,26 | <= 1,2 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 0,95 | 1,53 | (Flusso SDO) |
| 404 | Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico | 3,50 | 4,00 | 4,00 | < 6 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 4,50 | 2,00 | (Flusso SDO) |
| 1013 | % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario | - | 64,47 | 63,03 | >= 80 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 52,10 | 57,53 | (Flusso SDO) |
| H17C ex 846 | % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG | 16,49 | 17,08 | 16,85 | < 15 | < = ANNO 2022 | 12,85 | 13,51 | (Flusso SDO) |
| 867 | Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici | 1,86 | 1,25 | 4,55 | - | < = MEDIA RER | 2,02 | 2,96 | (Flusso SDO) |
| D01C ex 975 | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG | 20,41 | 28,95 | 19,72 | <= 14,39 | < = ANNO 2022 | 18,70 | 18,45 | Indicatore NO core NSG |
| D02C ex 976 | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG | 17,02 | 26,13 | 10,48 | <= 13,95 | < = ANNO 2022 | 18,45 | 15,14 | Indicatore NO core NSG |

3.2 Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

3.2.1 Sotto sezione: struttura della offerta e della produzione

Obiettivo: Riordino assistenza ospedaliera ed integrazioni in Area Metropolitana

I **posti letto** del **Presidio Ospedaliero di Imola**, al 31.12.2023, **direttamente gestiti** sono pari a **344**. Nel 2023 si registra una dotazione di 331 PL ordinari in decremento (-5 PL) rispetto al 2022, a seguito di alcune rimodulazioni. Sotto il profilo organizzativo, nel corso del 2023, sono stati chiusi 2 PL in terapia intensiva per pazienti Covid-19 e 2 PL ordinari presso la struttura accreditata S. Pier Damiano Hospital per le discipline di Chirurgia e Urologia. Nel 2023 è stato chiuso anche 1 PL ordinario MED URG Covid. In riferimento ai PL di Day Hospital, dal 1° luglio 2023, si registrano -2 PL in relazione alla chiusura di 2 PL di terapia del dolore (disciplina 96). I PL di Day Surgery registrano, a confronto con la dotazione 2022, la chiusura di 2 PL presso la struttura accreditata S. Pier Damiano Hospital (-2 PL).

| Posti Letto | 31/12/2020 | 31/12/2021 | 31/12/2022 | 31/12/2023 |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| PL ordinari | 335 | 336 | 336 | 331 |
| PL Day Hospital | 6 | 7 | 7 | 5 |
| PL Day Surgery | 12 | 8 | 10 | 8 |
| Totale | 353 | 351 | 353 | 344 |

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori, tra i quali la degenza media e l'ICP (**Indice Comparativo di Performance**). L'Azienda tramite un sistematico monitoraggio di questi indicatori, in particolare dove si riscontrano valori che si discostano dagli standard richiesti, si pone l'obiettivo di garantire un'adeguata gestione dei posti letto (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.), funzionale anche al miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e la presa in carico di pazienti provenienti da PS. Su SIVER l'indicatore monitorato mostra:

- (**IND872**) Indice comparativo di performance (ICP). Target: $\leq 1,25$. Il valore atteso aziendale: \leq Anno 2022.

Nel 2023 l'ICP complessivo aziendale risulta pari a 1,15 vs 1,20 del 2022.

Reti cliniche integrate. Si rappresentano di seguito i Progetti che, nel corso degli ultimi anni, l'Azienda ha perseguito mediante la progressiva attuazione di **Accordi di integrazione a gestione interaziendale**:

- **Chirurgia Senologica** in collaborazione con l'IRCCS - AOU di Bologna, a direzione universitaria, consentendo l'acquisizione di tecniche diagnostiche e chirurgie innovative, garantendo i requisiti della DGR 345/2018 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale (PDTA) "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella". Nell'ambito della rete si pone in rilievo la valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità e discipline previste dalla citata DGR 345/2018.

- **Chirurgia Vascolare** in collaborazione con UNIBO – IRCSS-AOU di Bologna e AUSL di Bologna, a direzione universitaria, al fine di porre in valore la condivisione di conoscenze, competenze, tecnologie, interscambio e connessione tra professionisti, mediante un efficiente utilizzo delle risorse umane e degli spazi già dedicati alla relativa attività delle tre Aziende. Presso l'AUSL di Imola è garantita l'offerta di prestazioni, consulenze specialistiche e attività programmata di chirurgia flebologica.
- **Oncologia Territoriale Metropolitana**, in collaborazione con l'AUSL di Bologna, al fine di garantire equità di accesso all'assistenza oncologica ai cittadini dell'area metropolitana di Bologna e razionalizzazione del sistema di offerta, garantendo la diffusione delle migliori pratiche assistenziali e la prossimità delle cure.
- **Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad Attività Integrata (DIAP)** in area Metropolitana, con l'attuazione di specifici progetti di centralizzazione delle seguenti linee di attività, in concomitanza con l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature: Centralizzazione degli allestimenti di Istologia, presso l'AUSL di Bologna e Centralizzazione degli allestimenti di Citologia, concentrati presso l'AUSL di Imola. Il Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad Attività Integrata (DIAP) è attivo in forma stabile, a seguito di apposito Atto di Intesa tra Alma Mater Studiorum – UNIBO, l'AUSL di Imola, l'AUSL di Bologna e l'AOSP di Bologna, decorrente dall'1.3.2021. Nell'ambito del Dipartimento DIAP si collocano gli sviluppi relativi alle attività di centralizzazione degli allestimenti nel Laboratorio Unico di Citologia e Immunocitochimica presso la UOC dell'AUSL di Imola e la centralizzazione degli allestimenti di istologia presso il laboratorio dell'AUSL di Bologna.
- **Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI)** nell'area metropolitana di Bologna, quale progetto di sviluppo cui l'AUSL di Imola partecipa in collaborazione con le altre Aziende dell'area metropolitana e che con la Deliberazione n. 190 del 7.9.2022 è stato costituito in forma stabile con decorrenza dal 28.6.2022. Nel corso del 2023 è stato formalizzato l'Accordo Attuativo per lo sviluppo delle funzioni presso le varie sedi al fine di potenziare i benefici della rete infettivologica metropolitana dando pratica attuazione al principio dell'equità di accesso alle cure, rendendo il servizio maggiormente coordinato, integrato e completo su scala sovraziendale.
- **Integrazione Banca delle cornee** - Sedi di Bologna e Imola, in attuazione della DGR 2118/2018 avente ad oggetto "Approvazione del progetto di riorganizzazione della Banca delle Cornee dell'Emilia Romagna", ove è attuata la diversificazione e specializzazione delle linee produttive tra le due sedi. Prosegue la collaborazione con l'AUSL di Bologna che, peraltro, ha avviato un confronto con il livello regionale nella valutazione del progetto di riorganizzazione della Banca delle Cornee dell'Emilia Romagna operante in un'unica sede, richiedendone specifico finanziamento.

Sotto forma di reti cliniche integrate, il novero delle principali **collaborazioni** realizzate dall'AUSL di Imola, comprende:

- La rete clinica instaurata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di chirurgia orto-pediatrica.
- La collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione di medici specializzandi in Urologia e in Chirurgia Generale.
- La collaborazione con l'AUSL di Bologna per le attività specialistiche di Valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica.
- Integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM).
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche per tutte le prestazioni di Patologia clinica, che opera attraverso la propria sede Hub e il Laboratorio Spoke Imola con funzionamento H.24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza.
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitan per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all'AOU quale sede Hub.
- Centralizzazione diluizione farmaci citotossici presso l'UFA del Bellaria.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le attività specialistiche di: Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica, Fisica sanitaria, Anestesiologia.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per la concentrazione presso il Laboratorio per l'AVEC - sezione di Citodiagnostica dell'UO di Anatomia Patologica dell'AOU di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma della cervice.
- Il rapporto convenzionale con l'Università di Bologna per quanto riguarda la disciplina di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva che costituisce per l'AUSL di Imola una preziosa opportunità per l'attivazione di percorsi formativi qualificati e il potenziamento dell'attività di ricerca. In ambito gastroenterologico si richiama inoltre l'erogazione presso la sede di Imola di prestazioni altamente specialistiche tra cui la colangiopancreatografia (ERCP) per la diagnosi e il trattamento delle patologie a carico del pancreas e delle vie biliari e pancreatiche.

I **rapporti di collaborazione interaziendale** comprendono, inoltre, l'attuazione di progetti di sviluppo secondo un modello organizzativo che prevede la messa a disposizione di una azienda verso l'altra di piattaforme logistiche (prevalentemente spazi, operatori e di degenza) con finalità di potenziare l'offerta migliorando i tempi di attesa e favorire lo sviluppo di competenze specialistiche. In tale contesto, si colloca l'Accordo con l'IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna attivato in tema di sviluppo della chirurgia otologica.

Il 2023 ha rappresentato, per l'AUSL di Imola, l'anno di attivazione ed avvio di progetti di sviluppo e rilancio della **chirurgia robotica** nell'ambito di un progetto comune di sviluppo con l'IRCSS-AOU di Bologna riguardante le discipline di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia.

Tra gli obiettivi condivisi di sviluppo e potenziamento di tali attività si inquadra anche la possibilità di avviare progetti di ricerca e didattica specialistica, importante opportunità per la connessa crescita delle funzioni di ricerca e didattica specialistica, in collaborazione con UNIBO.

In coerenza con le strategie della Programmazione della Interaziendalità in Area Metropolitana di Bologna, le Direzioni delle Aziende Sanitarie metropolitane sono state chiamate a garantire la partecipazione ai progetti di sviluppo sul piano delle collaborazioni in area Metropolitana, i cui programmi configurano anche sviluppi nell'ambito della Sanità pubblica (Area veterinaria – Epidemiologica – Impiantistica/Infortunistica) e della Gastroenterologia.

Rete dei Centri Senologia. Nel 2023 è proseguito il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). L'Azienda ha proseguito l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e proporzione di re-interventi.

Si presentano nella tabella che segue gli indicatori monitorati relativamente all'area senologica dell'AUSL di Imola. I dati aggiornati sono tratti dalla relazione anno 2023 sul PDTA Mammella, redatto dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali.

| Indicatore | Standard | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-----------------|-------------|-------------|---------------|---------------|
| % di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico | ≥ 80% | 100% | 85,2% | 83,4% | 91,67% |
| % di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico | ≥ 90% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| % pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico | ≥ 90% | 100% | 98,21% | 95,66% | 97,13% |

L'AUSL di Imola ha attivato dal 2018 una collaborazione con AOU di Bologna per la riorganizzazione della Breast Unit di Imola all'interno della UOC interaziendale Chirurgia Senologica, secondo la logica di sviluppo delle reti cliniche integrate. Questo modello ha consentito il potenziamento della Breast Unit di Imola, grazie all'acquisizione di tecniche diagnostiche e chirurgiche innovative, garantendo i requisiti previsti dalla DGR 345/2018, del PDTA aziendale "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella".

Nell'ambito della rete, particolare attenzione è stata posta alla valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA, con la definizione di una specifica procedura interaziendale (P-INT 43), al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità e discipline previste dalla normativa. In seguito all'attivazione della rete clinica si è registrata una riduzione della mobilità passiva per interventi chirurgici per tumore maligno della mammella (il 2020 rappresenta un'eccezione poiché, causa l'emergenza COVID-19, circa 30 casi sono stati trattati presso AOU Bologna su richiesta dell'AUSL di Imola).

Al fine di fornire adeguata rappresentazione della produzione interaziendale e degli obiettivi posti a fronte dell'Accordo e richiesti dal NSG, si è convenuto tra le parti di procedere, a partire dal 1.1.2021, all'assunzione della titolarità delle prestazioni di degenza in capo all'UOC Interaziendale di Chirurgia Senologica dell'IRCSS AOU di Bologna, fermo restando la gestione unificata delle attività svolte presso le strutture dell'IRCSS AOU di Bologna e della AUSL di Imola.

Attività trasfusionale. I dati di attività della Rete Trasfusionale Regionale relativi all'anno 2023 registrano un lieve calo delle unità raccolte presso l'AUSL di Imola che, con l'aumento dei consumi rispetto agli anni scorsi, soprattutto in ragione dell'aumento dell'attività chirurgica anche complessa, porta ad un bilancio "entrate-uscite" leggermente negativo rispetto all'anno precedente. Anche per l'anno 2023 è stato garantito, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori, il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate con le Federazioni e le Associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue. Particolare attenzione è stata rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma sia per l'uso clinico sia per la produzione di medicinali plasmaderivati, principalmente indirizzata alla produzione di albumina ed immunoglobuline, per le quali si conferma una carenza a seguito del picco pandemico evidente nel periodo 2020-2021, proseguito poi nel periodo 2021-2022 e tuttora presente. Nel 2023 le donazioni di plasma in aferesi sono aumentate del +5% presso il Centro Raccolta Sangue di Imola.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, è stata rafforzato ulteriormente, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS e sospeso nel periodo pandemico.

Da luglio 2022 è stato reintrodotta con particolare attenzione ai pazienti sottoposti a chirurgia maggiore addominale, ai pazienti ortopedici sottoposti ad intervento di protesi di anca o ginocchio ed alle pazienti ostetrico-ginecologiche portatrici di leiomiomi uterini. Rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che si sono a tale scopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici.

Nel 2023 l'obiettivo di riduzione dell'uso degli MPD non è stato raggiunto, in quanto si è assistito ad un innalzamento dei consumi sia di albumina che di immunoglobuline ev. Durante il 2023 sono stati effettuati incontri con i reparti utilizzatori, sia in sede di COBUS, che di Dipartimenti Aziendali, al fine di sensibilizzare sull'uso appropriato degli emoderivati. Nel corso dell'anno è stato necessario proseguire l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2019, contenente le "Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: «Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti» che richiede di definire gli aspetti di pianificazione ed organizzazione della concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti raccolti in Area Vasta Emilia Nord (AVEN). A tal fine è stato costituito un tavolo di lavoro cui partecipano il Centro Regionale Sangue, i Direttori dei Servizi Trasfusionali AVEN e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. Il responsabile del Servizio Trasfusionale di Imola ha sempre partecipato agli incontri di pianificazione regionale a cui è stato convocato.

Nel 2023 è stata data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue vigente, con particolare riferimento alla piena funzionalità dei COBUS e all'applicazione delle *Good Practice Guidelines* (GPGs) nel processo trasfusionale.

Attività donazione organi, tessuti e cellule. L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci".

La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo dell'AUSL di Imola, in coerenza con l'operato della Regione che, nel corso degli anni, ha investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" considerando il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Sul tema della donazione e del trapianto si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza. Sulla base di obiettivi specifici definiti a livello regionale per l'anno 2023 (DGR 1237/2023), l'Azienda ha garantito quanto segue.

- 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).

Nel 2023 i donatori di cornee sono stati 19 per un totale di 37 cornee bancate. Le donazioni di sangue cordonale sono state 22, come l'anno precedente. Stabili anche le donazioni di membrane amniotiche: 7 rispetto alle 8 del 2022. Sono stati eseguiti 3 accertamenti di morte con criterio neurologico: in 2 casi abbiamo registrato l'opposizione dei familiari alla donazione e in 1 caso sono stati prelevati fegato e reni. È stato effettuato 1 prelievo multitessuto: cornee, cute, tessuto scheletrico. Non sono stati identificati donatori di organi DCD.

- Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali). Target: 15% - 30%.

L'AUSL di Imola con un numero di decessi con patologia cerebrale in terapia intensiva pari a 16 su un numero decessi totali di 66 evidenzia un rapporto pari al 24%.

- Livello di opposizione alla donazione degli organi. Target: $\leq 33\%$.

Nel 2023, l'Azienda registra l'opposizione alla donazione degli organi da parte dei familiari di 2 potenziali donatori su un totale di 3 potenziali donatori segnalati. Il nostro target di opposizione risulta pari al 66%.

- % di donatori di cornee sul totale dei decessi. Target: $\geq 18\%$.

Il numero di donatori di cornee è stato pari a 19 su un totale dei decessi (con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come indicazioni del CRT-ER) nell'anno 2023 di 315. Il rapporto risulta pari al 6%.

- Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Target: =2.

Effettuato 1 prelievo multitessuto su 2 richiesti dal CRT-ER. Il rapporto risulta pari al 50%.

- N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente.

Non sono stati identificati donatori di organi DCD.

Obiettivo: Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza

L'obiettivo riguarda l'implementazione ed il monitoraggio del riavvio delle attività sanitarie non urgenti, che erano state sospese nel periodo pandemico, al fine di consentire una migliore gestione emergenziale, tempestivamente al modificarsi delle condizioni di contesto.

L'attività aziendale a livello ospedaliero, a partire dal 2020, è stata fortemente caratterizzata dalla gestione dell'emergenza da SARS COV-2 a fronte della quale l'Azienda ha proceduto a modifiche modulari del proprio assetto organizzativo. Dopo la prima fase di gestione pandemica, la Regione, con DGR 404/2020, ha disposto il riavvio graduale delle attività sanitarie sospese.

In applicazione alla DGR è stato elaborato un Programma di riavvio dell'attività ordinaria, al fine di recuperare l'attività ospedaliera sospesa durante il periodo emergenziale, con particolare riferimento all'attività chirurgica, tutelando la sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico.

La progressiva attuazione del piano di recupero ha consentito di consolidare nel 2023 la propria capacità di ricovero per interventi programmati, contribuendo al recupero della casistica rinviata negli anni 2021 e 2020 e producendo un netto miglioramento rispetto alla performance 2021 e 2022.

Con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio, l'Azienda ha raggiunto ed in alcuni casi superato l'obiettivo assegnato dalla Regione. Gli indicatori monitorati su piattaforma SIVER, riguardanti i **tempi di attesa** (fonte SDO), sono rappresentati nella tabella che segue. Si rimanda, inoltre, all'obiettivo sulla "Riduzione dei tempi di attesa" nell'ambito della sottosezione dell'accesso e della domanda.

| IND | Tempi di attesa ricoveri programmati (SIVER) | Target | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|---------|--|--------|-----------------------|-----------------------|--------|----------|---------------|----------|
| IND1015 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 90% | 99,06% | 93,85% | 87,67% | 90,91% | 84,51% | 79,36% |
| IND1016 | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 85% | 85,11% | 73,33% | 24,39% | 26,15% | 81,54% | 76,58% |
| IND1017 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 90% | - | 80,85% | 99,21% | 97,81% | 99,34% | 86,31% |
| IND1018 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >= 75% | - | 64,07% | 26,52% | 37,48% | 86,05% | 55,83% |
| IND980 | Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | >=80% | 93,90% (ex IND767) | 69,05% (ex IND767) | 59,53% | 50,7700% | 88,07% | 72,91% |
| IND983 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022 | >=80% | - | - | - | - | 90,90% | 76,09% |
| IND984 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021 | 100% | - | - | - | - | 97,83% | 75,88% |
| IND985 | Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso | <=2% | - | - | - | - | -6,81% | 2,55% |

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

Con DGR 677/2020 è stato approvato il Piano di riorganizzazione della Rete Ospedaliera per emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2 del DL 34 del 19.05.2020, convertito dalla Legge 77 del 17.07.2020 (c.d. Decreto Rilancio) e sulla base delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera del Ministero della Salute, che prevedevano l'adeguamento dei Posti letto di terapia intensiva e semintensiva e l'adeguamento funzionale del Pronto Soccorso.

Il "Piano di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera dell'Emilia-Romagna" approvato dall'Azienda con Deliberazione n. 192/2020, ha visto nel 2021 la realizzazione degli interventi strutturali previsti:

- Realizzazione di n. 2 Ambulatori per Infettivi, n. 2 PL in OBI per infettivi con filtro, percorsi di accesso, anche con mezzi di soccorso, e attesa dedicati COVID (Piano Investimenti: Intervento n. 62 – Adeguamento PS Ospedale di Imola – CUP H28I20000090006).
- Realizzazione di n. 4 posti di Semi Intensiva/UTIC per pazienti infetti con adeguamento dei box con filtro e impianti (piano investimenti: Intervento n. 60 Realizzazione dei 4 PL TSI/UTIC Ospedale Imola – CUP H28I20000070006).
- Realizzazione di n. 4 PL di Semi Intensiva con spazi di pertinenza in Medicina d'Urgenza – Impianti (piano investimenti: Intervento n. 61 – Realizzazione di 4 PL TSI/Medicina d'urgenza Ospedale di Imola CUP H28I20000080006.).

A partire dal 2022, il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali. Gli interventi in carico all'AUSL di Imola di realizzazione delle terapie semi intensive e di adeguamento funzionale del Pronto Soccorso (PS) non hanno presentato criticità, rispettando le date previste dalla programmazione condivisa.

Obiettivo: Assistenza oncologica

Nell'ambito dell'assistenza oncologica è mandato della Direzione generale la promozione dello sviluppo della rete clinico-assistenziale, secondo il modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), con particolare attenzione all'omogeneità delle cure, alla tempestività della diagnosi e del trattamento, alla multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale e alla integrazione del percorso ospedaliero-territoriale. A decorrere dall'anno 2015 (pubblicazione del DM 70/2015 con declinazione regionale nella DGR 2040/2015 della Regione Emilia-Romagna e l'Accordo Stato-Regioni 17.04.19 sulla Rete Oncologica) sono stati intrapresi nell'ambito metropolitano sempre maggiori processi di integrazione tra Aziende. Questo ha portato nel 2020 ad una riorganizzazione delle attività di oncologia medica nel territorio metropolitano di Bologna, col conseguente sviluppo di un progetto di integrazione delle attività tra le due aziende territoriali AUSL Bologna e AUSL Imola. Da luglio 2022 è stato istituito un coordinamento unico per tutte le sedi oncologiche territoriali dell'area metropolitana di Bologna, con mandato di implementare la rete di assistenza oncologica al fine di assicurare equità di presa in carico a tutti gli utenti, un'ottimale collaborazione tra ospedali, strutture territoriali (Case di Comunità, Nuclei di Cure primarie, ecc.), Istituzioni sanitarie presenti sullo stesso territorio (IRCCS Neuroscienze, IRCCS S. Orsola, IRCCS IOR).

L'Azienda USL Bologna e l'Azienda USL di Imola sono impegnate alla conduzione in modalità unificata delle attività di oncologia al fine di:

- individuare e definire le vocazioni distintive chirurgiche, mediche e radioterapiche delle strutture dell'area metropolitana, così da garantire l'invio dei pazienti ai vari centri di riferimento per alcune patologie;
- favorire l'integrazione tra la rete oncologica, le cure primarie e la rete delle cure palliative;
- definire un percorso assistenziale sul territorio metropolitano, standardizzato col fine di assicurare le risposte più appropriate ai bisogni dei pazienti, il più vicino possibile al luogo di residenza; uniforme per garantire applicazione omogenea delle migliori pratiche di assistenza oncologica su tutta l'area metropolitana; integrato tra sede HUB e sede spoke.

Obiettivo: Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

In considerazione della rilevanza strategica del Dipartimento Sanità Pubblica Prevenzione e Promozione della salute, l'Azienda ha potenziato le risorse del Dipartimento al fine di assicurarne uno stabile e adeguato assetto direzionale, prioritariamente per garantire, in caso di epidemia, interventi tempestivi, coordinati a livello territoriale e con le componenti ospedaliere, la messa in campo di efficaci attività di indagine epidemiologica dei contatti, tracciamento dei casi e dei test, declinazione locale delle indicazioni nazionali e regionali in materia di prevenzione della diffusione dei virus o altri agenti epidemici.

Nel richiamare tutti gli interventi in tema di sanità pubblica insiti nelle azioni che l'Azienda ha realizzato per la gestione della pandemia, si riportano di seguito gli interventi messi in campo a garanzia dell'erogazione dei LEA negli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica e di un qualificato supporto agli interlocutori istituzionali, su tutte le problematiche di sanità pubblica e di sanità veterinaria:

- Realizzare e sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute in coerenza con la Legge 19/2018 sulla Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria, adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.
- Implementare in modo sistematico tutti i sistemi 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 e in grado di fornire tempestivi *alert* in caso di emergenze epidemiche.
- Consolidare i Programmi di screening per la prevenzione dei tumori in un'ottica di integrazione e coordinamento tra i programmi.
- Consolidare tutti i programmi vaccinali previsti dal Piano di Prevenzione vaccinale e promuovere attivamente le vaccinazioni per conseguire la maggior adesione nelle fasce di età e categorie di rischio; mettere a pieno regime l'Anagrafe vaccinale regionale garantendo tutti i flussi informativi istituzionali.
- Realizzare il Piano di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, con riferimento anche al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.
- Assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento agli eventi epidemici, comprese le emergenze di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare.
- Sviluppare attività di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro, implementando piani mirati di prevenzione per la salute e la sicurezza dei lavoratori.
- Realizzare le attività di prevenzione e controllo in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e garantire l'attuazione del Piano Regionale Integrato sui controlli ufficiali, volti a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento, il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario, nonché il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

Nel 2023 è proseguito l'impegno nell'implementazione ed attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefinitivi descritti nel Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. L'Azienda, tramite l'operato del Dipartimento Sanità Pubblica ha fornito impegno e collaborazione per l'implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi, al fine di garantire il raggiungimento degli indicatori definiti a livello locale di cui al documento di governance (DGR 58 del 24/01/2022). Si richiama anche il Documento di Governance Aziendale per il Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025, agli atti con prot. 41345 del 27.12.2021, aggiornato nel 2023.

Il documento "Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2023 - Paragrafo. Piano 1.1 Regionale della Prevenzione - Elenco indicatori locali che concorrono alla valutazione degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie – Prot. 1069046", indica 34 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2023: di questi 34 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento del 70% (circa 24 indicatori). In sede di riunione regionale con i referenti di programma tenutasi il 4 dicembre 2023 è emerso che il target è stato ampiamente raggiunto dall'AUSL di Imola. Ogni referente locale di programma ha trasmesso la rendicontazione annuale ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

Nel 2023, in riferimento al **Piano Nazionale Complementare (PNC)** in tema di "**Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima**" - di cui all'Accordo operativo sottoscritto tra la Regione Emilia Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità e nell'ambito del più ampio progetto di istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) - in linea con l'approccio "One health" di cui al DM 77/2022, l'Azienda ha provveduto all'attuazione degli interventi previsti dalla normativa regionale.

Con DGR 183/2023 è stato istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del Sistema regionale, nonché la definizione dei nodi di tale sistema a rete.

In particolare, si chiede di definire il nodo aziendale della rete inserito all'interno dei Dipartimenti di Sanità pubblica, avendo presente che tale nodo si deve occupare in maniera organica e coerente, in un'ottica One Health, delle tematiche a maggior impatto ambientale e climatico, ottimizzando le risorse, in una prospettiva che superi la frammentazione in riferimento ai propri ambiti di interesse, e collaborando e fornendo il proprio apporto, a seconda delle necessità, con le altre strutture dipartimentali e aziendali.

Nell'ambito del Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC) la Regione Emilia Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno siglato un accordo per la realizzazione dei sub-investimenti del Programma "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" – Missione 6 Salute – Componente 1. L'ISS, soggetto attuatore, affida alla Regione, soggetto realizzatore, l'attuazione degli interventi correlati a tale progetto. L'AUSL di Imola ha garantito la propria attività nell'attuazione del suddetto accordo operativo, secondo la programmazione definita dal livello regionale. Con deliberazione n. 260 del 20.12.2023 è stato istituito il "Nodo aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)" nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Imola. Alla delibera è stato allegato un documento descrittivo del

nodo SRPS a livello di DSP. Per quanto riguarda le tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature, entro giugno 2024 è prevista l'acquisizione dei beni di priorità 2 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2023).

Epidemiologia e sistemi informativi. Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la disponibilità dei dati dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate, un patrimonio informativo da mantenere ed implementare in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica. In particolare, la DGR 1237/2023 di programmazione anno 2023 richiede, da parte delle Aziende, una particolare attenzione alla compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni ed alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento) e Registro regionale di mortalità.

- Realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2024.

Per l'AUSL di Imola lo stato di avanzamento PASSI 2023 rileva che tutte le interviste programmate (n. 55) sia relative al campionamento che al sovracampionamento (n. 24) sono state eseguite e spedite (100%).

- Completezza archivio registro mortalità (dati 2023) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003: $\geq 95\%$ al 31 marzo 2024.

Per quanto concerne la completezza dell'archivio registro mortalità la codifica delle schede delle cause di morte 2023 è stata conclusa, insieme all'inserimento sul portale AIDA.

Prosegue, inoltre, l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

- Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna, garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità, dati aggiornati al 31/12/2020 (valore ottimale); al 31/12/2019 (accettabile).

L'AUSL di Imola, nel 2023, ha garantito l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. Inoltre, ciascuna Unità Funzionale collabora alla stesura del report annuale del Registro Tumori del Emilia-Romagna.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive. Nell'ambito della revisione e dell'aggiornamento, ove necessario, sono state garantite le azioni per l'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023). Nell'ambito delle azioni previste dalla fase inter-pandemica del PAN-FLU 2021-2023 è stato richiesto di rafforzare la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. Per l'adempimento di questi obiettivi è stato necessario un rafforzamento della

sorveglianza InNet&RespiVirNet, promuovendo le attività previste dalla sorveglianza virologica, e attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo, presidiando la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica per consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, prevede l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

In riferimento agli indicatori e target di cui alla DGR 1237/2023:

- 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). Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

Su SIVER viene monitorato l'indicatore: **(IND1031)** "% di casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati sul totale dei casi sospetti testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM". La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda è pari al 100%. Nel 2023 sono pervenuti 4 casi sospetti di Arbovirus; tutti sono stati sottoposti a conferma mediante invio dei campioni al Laboratorio di riferimento regionale CREM e sono stati derubricati come non casi per esito negativo degli esami di laboratorio. Nel 2023 la rete della sorveglianza InNet&RespiVirNet risulta costituita da 4 medici convenzionati (PLS/MMG), corrispondenti a una popolazione di 3.099 assistiti. Nel 2023 sono state svolte delle riunioni con MMG per invitarli ad aderire alla rete dei medici sentinella e nel 2024 verrà proposto un corso formativo con erogazione di crediti ECM con lo scopo di aumentare l'aderenza dei medici alla rete.

Nel 2023 è stato effettuato un evento di Formazione sul campo (FSC) dal 4 settembre al 30 novembre 2023 di 6 ore complessive con titolo "AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO AZIENDALE PANFLU" e in seguito deliberato DATA: 15/12/2023 NUMERO: 0000256 - ADOZIONE DEL PIANO OPERATIVO LOCALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PANFLU) - AUSL DI IMOLA.

La DGR di programmazione anno 2023 richiedeva, inoltre, la promozione ed attuazione di interventi informativi/comunicativi/educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, in applicazione delle indicazioni regionali sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tramite un approccio multidisciplinare della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa. A tal proposito, in riferimento alla presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), la rete IST metropolitana di Bologna è stata formalizzata con delibera n. 281 del 29/12/2023.

Con riferimento alla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET), nel 2023 sono stati notificati 39 casi di malattie con sospetta trasmissione alimentare. A seguito di indagine epidemiologica e di valutazione da parte del medico referente delle malattie infettive, in nove casi sono state individuate possibili fonti trasmissive e sono stati attivati operatori SIAN-SVET per l'effettuazione di indagine ambientale.

Programmi regionali di screening. Nel corso del 2023 è stata cambiata la modalità di invito a partecipare ai Programmi di Screening per tutti i cittadini; le consuete lettere di invito in formato cartaceo, recapitate a casa, sono state sostituite con inviti inoltrati esclusivamente su FSE per tutti i cittadini in possesso di FSE, che lo utilizzino e abbiano prestato il consenso all'invio della documentazione in formato digitale.

Nei primi mesi dopo l'implementazione della nuova modalità di invito i programmi di Screening hanno subito una flessione; molti cittadini non hanno recepito la presenza dell'invito su FSE.

Per veicolare meglio il messaggio è stato affiancato agli inviti su FSE l'invio di SMS, per ricordare con un anticipo di 7 giorni l'appuntamento prefissato (Programmi delle Cervice Uterina e della Mammella).

Il programma di screening della Cervice Uterina si è riportato in tempi rapidi ai consueti livelli di adesione, il programma della mammella invece risulta ancora più basso della media regionale.

Su piattaforma SIVER (PIAO 2023 - 2025) vengono monitorati i seguenti obiettivi:

- (**IND761**) Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 70\%$. Risultato atteso aziendale: \geq Anno 2022

Nel 2023, l'Azienda riporta una % pari al 67,06% vs 71,20% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 70,63%.

- (**IND762**) Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 60\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva un valore 2023 pari a 66,11% vs 64,57% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 65,92%.

- (**IND763**) Screening colorettales: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Risultato atteso aziendale: $\geq 50\%$. Risultato atteso aziendale: \geq Anno 2022

L'Azienda rileva un valore 2023 nel rispetto del target, pari a 53,10% vs 55,48% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 52,80%.

Vaccinazioni infantili e per adulti. Le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Nel 2023, in continuità con l'anno precedente, viene garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie per l'invio, delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT). Si è provveduto a correggere manualmente i *warning* relativi ad errori di inserimento e si stanno elaborando delle modalità di correzione massiva relativa ad errori che non dipendono da operatori aziendali, ma da MMG/PLS ed enti fuori territorio.

In riferimento al monitoraggio degli indicatori NSG, si riportano tre indicatori sulle coperture vaccinale pediatriche, monitorati su piattaforma SIVER (POLA 2023 - 2025). L'Azienda ha garantito l'effettuazione regolare della programmazione delle sedute vaccinali rispettando il target di copertura.

- (**P02C**) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: \geq Anno 2022.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2023 pari a 95,66% vs 94,84% nel 2022. La copertura media RER risulta pari a 96,34%.

- **(P01C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: >= Anno 2022.

Nel 2023 si rileva una copertura pari al 95,44% vs 94,73% del 2022. La media regionale risulta pari a 96,64%.

- **(P04C)** Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: >= Anno 2022.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2023 pari a 91,65% vs 91,70% nel 2022. La media regionale risulta pari a 92,05%.

Per quanto concerne le coperture vaccinali adulti, si riportano i seguenti due indicatori:

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: >= 45%.

L'Azienda, nell'ambito della campagna antipneumococco nella fascia di età 65 anni, su un totale di 1.717 pazienti risulta aver vaccinato 334 pazienti, pari al 19,8%. Nell'arco del 2023 sono state anche attivate azioni di recupero dalla coorte dei nati del 1952 fino a quella del 1957. Si fa presente che si tratta di una campagna vaccinale congiunta con gli MMG.

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: >= 30%.

Per quanto riguarda la campagna anti herpes zoster nella fascia di età dei 65 anni, su un totale di 1.803 pazienti risultano vaccinati 473 pazienti, pari al 26,23%. La copertura risulta in aumento rispetto al 2022 in cui per la coorte di nascita del 1.957 risultavano essere stati vaccinati 352 pazienti.

Su SIVER è disponibile il monitoraggio dell'indicatore (**PIAO 2023 2025: Processi interni – Produzione Prevenzione**):

- **(P06C)** Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani – NSG. Target: >= 75%. Risultato atteso aziendale: >= 2022.

L'AUSL di Imola mostra una % pari a 62,61% vs 65,05% nel 2022. Il valore medio regionale è pari a 59,12%.

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita. In tema di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori è stata prevista un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari quali il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico. L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per 2023, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA).

Per quanto concerne l'indicatore, sotto riportato, monitorato anche su SIVER (**PIAO 2023 2025 – Produzione Prevenzione**), si riporta quanto segue:

- (**IND185**) % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. (Target: $\geq 7,5\%$).

L'Azienda rileva un valore 2023 pari a 8,74% vs 9,28% nel 2022. Il dato medio regionale risulta pari a 8,08%. La rilevazione aziendale del servizio competente conferma il dato sopra esposto: ai fini del calcolo della copertura di vigilanza vengono 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. Le unità locali (UULL) controllate nel 2023 risultano n. 407 pari al 6,6% su 6.164. Di queste, 15 aziende (3,6%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende sia le UULL controllate in orari non convenzionali (61), sia quelle controllate sul territorio imolese da UOIA-AUSL Bologna (66). Complessivamente le aziende controllate risultano pertanto n. 534 (8,6% di 6.164).

Per quanto riguarda il Piano amianto regionale sono state mantenute le seguenti azioni: assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto; promozione della microraccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA); vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA; implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto. In riferimento all'indicatore specifico sui cantieri rimozione amianto controllati su totale piani di rimozione amianto (ai sensi dell'art. 256 D. Lgs 81/08):

- (**IND708**) % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Valore di riferimento: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2023 pari a 24,04% vs 21,90% nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 26,16%. I dati interni confermano nel 2023 n. 25 cantieri amianto controllati su 104 piani di rimozione amianto presentati.

Nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2021-2025 prosegue il percorso dei **Piani Mirati di Prevenzione (PMP)** quale attività sinergica a quella di vigilanza per promuovere un'efficace tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Nel 2023 sono state previste sia azioni a livello regionale rivolte agli operatori delle UO PSAL, sia iniziative a livello locale, con formazione specifica rivolta alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

I Piani Mirati di Prevenzione previsti sono stati attivati a livello locale, sono stati conseguiti, per ogni programma, gli obiettivi previsti dal piano di Governance effettuando complessivamente 13 iniziative di coinvolgimento, a livello locale, delle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno), finalizzate alla realizzazione dei Piani Mirati:

- PP6: logistica 6 settembre (figure della prevenzione).
- PP6: incidenti stradali 17 maggio, 18 dicembre (figure della prevenzione).
- PP6: sicurezza macchine 29 settembre (figure della prevenzione).

- PP7 edilizia: 27 settembre e 29 novembre, in presenza IIPLE Bologna (aziende e figure della sicurezza aziendale).
- PP7 agricoltura 25 luglio on line (associazioni) e 24 novembre in presenza a Fontanelice (aziende e associazioni).
- PP8: cancerogeni: 1° dicembre per figure della sicurezza aziendale ed aziende.
- PP8: SLC 3 maggio e 22 settembre (aziende).
- PP8: SAD 3 maggio e 30 novembre (aziende).

Si specifica che la maggior parte di iniziative ed attività sono state svolte di concerto con l'AUSL di Bologna, UOC PSAL e alcune iniziative sono state coordinate a livello regionale.

In riferimento all'Indicatore (NSG-P07C) sulle denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente, con un target atteso di riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente, il valore a disposizione viene calcolato dalla Regione a livello provinciale. Il dato per la provincia di Bologna indica un calo pari a -13,4% rispetto all'anno precedente e di -8,6% rispetto al triennio precedente. Il dato regionale di riferimento è pari a -7,6% rispetto all'anno precedente e di -1,7% rispetto al triennio precedente. Si rammenta che gli elementi che intervengono nella composizione di questo indicatore presentano molte variabili governabili dalla UOC PSAL, solo in parte.

Strutture sanitarie, socioassistenziali e sociosanitarie. La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha innovato la materia, introducendo nuove misure quali l'istituto della Comunicazione di svolgimento di attività sanitaria per garantire ai cittadini la tutela della salute, attraverso la sorveglianza sull'intera offerta dei servizi sanitari. La Legge regionale è, altresì, intervenuta in tema di autorizzazione all'esercizio; ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, nel 2023, ha assicurato l'implementazione e aggiornamento delle nuove strutture autorizzate e delle strutture cessanti l'attività dell'anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali. In particolare, per il 2023, sono state inserite 11 nuove autorizzazioni e 9 prese d'atto per quanto riguarda le strutture sanitarie.

L'Azienda ha altresì garantito la partecipazione dei referenti aziendali delle Commissioni per l'autorizzazione (istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19) alle riunioni del gruppo regionale coordinate dal Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica. Nel 2023 si sono svolte 6 riunioni: a tutte è stata garantita la partecipazione dei referenti aziendali.

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione. Il **Piano Regionale Integrato (PRI)** comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Il PRI individua per ogni

piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Nel 2023 si richiede un impegno a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori; in particolare, è stato individuato un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali" per il 2023, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per all'interno del Piano nazionale integrato.

La programmazione aziendale 2023, che ha avuto come riferimento il Piano Regionale Integrato (PRI) vigente, è riconducibile in quattro **Piani specifici** (Area A, Area B, Area C, Attività integrata SIAN-SVET), corrispondenti ad aree tecniche disciplinari differenti; la rendicontazione dei singoli piani è stata inviata in Regione con le schede SISVET e/o caricata sul sistema SEER dell'IZSLER e nel portale Vetinfo del Ministero della Salute.

Durante il 2023 si sono consolidate alcune pratiche operative utili a rendere più efficiente l'operatività, quali:

- sono state adottate soluzioni organizzative tali da permettere l'associazione di diverse attività di controllo ufficiale con un unico sopralluogo (es. ispezione e campionamento);
- in caso di necessità, al fine di non rischiare di effettuare controlli "a vuoto" e contestualmente acquisire informazioni anticipatamente, per ridurre il tempo di permanenza in loco, è stato effettuato il preavviso dell'operatore, come previsto dall'articolo 9, punto 4 del Reg. 625/2017;
- è stato realizzato, ove possibile, parte del controllo da remoto, in particolare la parte dell'esame documentale legata al controllo stesso.

Il livello regionale monitora tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Due indicatori rientrano nel "CORE", set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni (P10Z e P12Z). Il terzo indicatore (P11Z) riguarda l'attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili e di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento della sostenibilità della zootecnia.

Il monitoraggio disponibile su SIVER (**PIAO 2023 2025 -Produzione – Prevenzione**), riferibile all'anno 2023, presenta i seguenti indicatori CORE:

- **P10Z** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino – NSG. Target: $\geq 95\%$. Risultato atteso aziendale: \geq std RER.

Nel 2023 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura pari al 100% vs 100% del 2022 e 99,92% del 2021. La performance media regionale risulta pari al 99,34%.

- **P12Z** Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale. Target: $\geq 95\%$. Risultato atteso aziendale: ≥ 2022 .

Nel 2023 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura del 100% vs 88,57% del 2022. La performance media regionale risulta pari al 100%.

- **P11Z** "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti". Target: 95%.

Il dato aziendale rileva una percentuale di pieno raggiungimento (100%).

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 868 | Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia | 53,29 | 55,12 | 52,44 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 52,77 | 77,36 | (Flusso SDO) |
| 869 | Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione | 19,65 | 22,55 | 20,78 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 20,82 | 9,68 | (Flusso SDO) |
| 870 | Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione | 27,06 | 22,34 | 26,77 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 26,41 | 12,97 | (Flusso SDO) |
| 871 | Indice di case mix degenza ordinaria | 0,88 | 0,87 | 0,87 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 0,85 | - | (Flusso SDO) |
| 872 | Indice comparativo di performance | 1,19 | 1,23 | 1,20 | 1,25 | < = ANNO 2022 | 1,15 | - | (Flusso SDO) |

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 953 | Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti | 19,33 | 22,17 | 21,74 | > = 19 | < = STD RER | 23,05 | 20,53 | (Flusso SISM) |
| 225 | Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile | 84,71 | 73,2 | 49,86 | > = 50 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 61,05 | 84,86 | (Flusso SINPIAER) |
| 310 | % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza | 52,42 | 55,65 | 59,24 | > = 52 (media 2018) | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 63,12 | 61,06 | (Flusso CEDAP) |
| 661 | % di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 57,38 | 63,33 | 65,15 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 72,97 | 65,81 | (Flusso CEDAP) |
| 662 | % di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita | 30,49 | 28,38 | 40,58 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 43,48 | 29,54 | (Flusso CEDAP) |
| 317 | % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) | 8,11 | 8,79 | 9,23 | > = 7 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 10,27 | 9,63 | (Flusso SICO) |
| 499 | Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti | 0,26 | 0,28 | 0,32 | - | < = MEDIA RER | 0,38 | 0,36 | (Flusso GRAD) |

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| P02C ex 171 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG | 90,78 | 97,07 | 94,84 | > = 95 | > = ANNO 2022 | 95,66 | 96,34 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| P04C ex 175 | Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG | 87,45 | 94,47 | 91,70 | > = 95 | > = ANNO 2022 | 91,65 | 92,05 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| P06C ex 172 | Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG | 72,19 | 68,10 | 65,05 | > = 75 | > = ANNO 2022 | 62,61 | 59,12 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| P01C ex 177 | P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG | 92,65 | 97,29 | 94,73 | > = 95 | > = ANNO 2022 | 95,44 | 96,64 | (Anagrafe Vaccinale Regionale) |
| 185 | % aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA | 8,97 | 8,38 | 9,28 | > = 7,5 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 8,74 | 8,08 | Indicatore di osservazione (Flusso MeS) |
| 187 | % cantieri ispezionati | 12,56 | 18,31 | 15,76 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 11,76 | 11,13 | Indicatore di osservazione (Flusso MeS) |
| 761 | Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) | 63,79 | 70,13 | 71,02 | > = 70 | > = ANNO 2022 | 67,06 | 70,63 | (Osservatorio Nazionale Screening) |
| 762 | Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) | 61,67 | 62,50 | 64,57 | > = 60 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 66,11 | 65,92 | (Osservatorio Nazionale Screening) |
| 763 | % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) | 55,89 | 55,28 | 55,48 | > = 50 | > = ANNO 2022 | 53,10 | 52,80 | Osservatorio Nazionale Screening) |
| P10Z ex 850 | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG | 76,17 | 99,92 | 100,00 | >= 95% | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 100,00 | 99,34 | Piattaforma VETINFO, Flusso Informativo PNA A E Flusso Informativo Farmacosorveglianza |
| P012Z ex 851 | Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG | - | 82,86 | 88,57 | >= 95% | > = ANNO 2022 | 100,00 | 100,00 | NSIS - Flussi contaminazione alimenti |

3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Obiettivo: Sicurezza delle cure

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. La Regione da anni è impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Il DM 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" prevede la presenza nelle aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate di un Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, un Piano annuale delle emergenze sanitarie e un Piano annuale per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Per rispondere ai requisiti previsti dalla normativa, nel 2023 sono state elaborate le nuove "Linee indirizzo per elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", diffuse con nota regionale (Prot. 18/04/2023.0376598.U). Come da rendicontazione della DGR 1237/2023, l'AUSL di Imola ha provveduto all'aggiornamento e formalizzazione del proprio Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DM 19/12/2022 (rif. Deliberazione n. 133 del 26/06/2023 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2023 – Approvazione").

Proseguono le attività per migliorare la **sicurezza in chirurgia** mediante l'applicazione della checklist SOS-Net per tutte le procedure chirurgiche e della check-list-TC per le procedure di taglio cesareo. Inoltre, al fine di intervenire su eventuali criticità che possono emergere dai risultati delle osservazioni dirette in sala operatoria (programma regionale OssERvare), come rendicontato alla Regione con prot. 3214 del 31/01/2024 "Risposta a: Verifica obiettivi DGR 1237/2023 - Progetti miglioramento sicurezza in chirurgia - Prot. 88870", è stato predisposto un Piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette in almeno 3 blocchi operatori mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare".

In riferimento all'effettuazione della check list di sala operatoria: a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo. Target: a) $\geq 90\%$ e b) $\geq 80\%$, si riporta il monitoraggio 2023 su SIVER dei seguenti indicatori.

- (**IND722**) Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO. Valore di riferimento: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola presenta una corrispondenza del 91,83%. Il valore regionale risulta del 94,24%.

- (**IND910**) Flusso SSCL - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure taglio cesareo. Valore di riferimento: 80%.

L'Azienda mostra una corrispondenza del 92,19%. Il valore regionale risulta del 90,99%.

Per promuovere la **sicurezza delle cure in ambito territoriale** e nei processi di continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio viene richiesto di estendere le Visite per la sicurezza (progetto regionale VISITARE) all'ambito territoriale. L'AUSL di Imola, in riferimento allo svolgimento e rendicontazione di Visite per la sicurezza effettuate in ambito territoriale (es. Case della Comunità, OSCO, CRA), ha

provveduto alla rendicontazione dell'obiettivo alla Regione con prot. 2950 del 29/01/2024 "Risposta a: Verifica effettuazione Visite per la sicurezza - DGR 1237/2023 - Prot. 13422".

Nel 2023 è stata implementata nelle Aziende sanitarie la nuova piattaforma regionale "SegnalER" per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini e dei sinistri, al fine di integrare le diverse fonti informative relative alla sicurezza delle cure, segnalazioni dei cittadini e gestione dei sinistri. Da parte dell'Azienda, nel corso del 2023, sono state realizzate tutte le attività propedeutiche all'avvio della nuova piattaforma regionale SegnalER, che è stata formalmente avviata dal 01/09/2023 (rif. prot. 26144/2023). Le Unità Operative hanno garantito l'implementazione del nuovo gestionale, compatibilmente con le inevitabili difficoltà legate all'utilizzo della nuova piattaforma.

La rendicontazione aziendale sulle segnalazioni di eventi occorsi nel 2023 e registrati su SegnalER è stata trasmessa con prot. 11424/2024 "Trasmissione Report aziendale SegnalER (Modulo A) – Anno 2023". È stata, inoltre, revisionata la procedura aziendale "Gestione del rischio clinico" (doc. Nr. 3490 - versione 5 del 02/02/2024), modificando il processo di gestione delle segnalazioni in seguito all'avvio di SegnalER.

Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure. Nel 2023 è proseguito l'impegno nel garantire le attività per la costante implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a:

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (circolare PG 2016_786754 23 122016).
- Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale (determinazione n. 17558 del 31/10/2018).
- Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari (determinazione n. 801/2021);
- "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

Nel 2023 è stato avviato un progetto trasversale per la definizione degli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute nei setting ospedalieri e territoriali che richiede pertanto la massima partecipazione da parte dei referenti aziendali per la tematica e di tutti gli eventuali altri professionisti sanitari necessari (Medici, Infermieri, Ostetriche, Fisioterapisti, Tecnici, Assistenti sociali, Assistenti sanitari, MMG, PLS) vista la natura multifattoriale dell'evento e la necessità di trovare soluzioni appropriate per i diversi contesti di cura

Per quanto concerne la partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati, a livello aziendale è stata promossa, monitorata e rendicontata la partecipazione ai corsi regionali FAD disponibili sul portale E-LLABER:

- "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale"; da quando è stata attivata (2019) la FAD è stata completata da un totale di 423 operatori sanitari, di cui 65 nel 2023.
- "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 367 operatori sanitari, di cui 184 nel 2023.

- "Linee di Indirizzo Regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale"; da quando è stata attivata (2019) la FAD è stata completata da un totale di 414 operatori sanitari, di cui 173 nel 2023.
- "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione Linee di indirizzo regionali"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 252 operatori sanitari, di cui 160 nel 2023.
- "Medicazioni avanzate"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 308 operatori sanitari, di cui 186 nel 2023.

L'AUSL di Imola ha progettato e realizzato il seguente seminario di approfondimento: "Percorso di apprendimento: valutazione e categorizzazione delle LDP; valutazione delle lesioni cutanee e utilizzo delle medicazioni avanzate", evento formativo blended che prevede la fruizione delle 2 FAD regionali su e-labber e 9 ore di formazione residenziale (codice corso 6102), suddivise in 3 pomeriggi; sono state realizzate 3 edizioni, per un totale di 62 partecipanti.

PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan. Il PRNN prevede tra le proprie attività la Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) "Corso di formazione in infezioni ospedaliere", definendone anche il numero di personale da formare a livello regionale. Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibioticoresistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia delle figure dedicate che degli operatori sanitari e sociosanitari che operano in tutti i setting assistenziali, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di definire la strategia formativa, individuare le priorità, le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci), le metodologie e gli strumenti per valutare l'efficacia della formazione (Determinazione n. 832 del 19/01/2022 di costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza").

Nel corso del 2023, l'Azienda ha continuato a dare attuazione a quanto previsto nel proprio **Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure (PPSC) 2021-2023** e in relazione alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR), divenute prioritarie sia per la sanità pubblica umana che veterinaria, a causa del forte impatto su morbosità e mortalità e per l'incremento di spesa dovuto al maggiore utilizzo di risorse sanitarie.

A questo proposito si dettaglia quanto segue. Con Deliberazione n. 226 del 10/11/2023 è stato approvato il nuovo documento intitolato "Documento Aziendale di Programmazione del percorso formativo in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza (AMR) - TRIENNIO 2024-2026", contenente la pianificazione formativa presentata e discussa in seno al Collegio di Direzione in data 6/11/2023 ed elaborata sulla base delle indicazioni regionali contenute nelle Linee d'indirizzo di riferimento per il 2024.

Il documento aziendale è stato poi trasmesso tempestivamente al livello regionale come richiesto. Il documento comprende la pianificazione della formazione prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attività Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) “Corso di formazione in infezioni ospedaliere”, per il raggiungimento dell’obiettivo assegnato dalla Regione pari a n. 582 operatori sanitari formati sui contenuti dell’Allegato A del PNRR, entro il 30/06/2026.

Obiettivo: Assistenza perinatale

Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie. L'AUSL di Imola, a seguito della DGR 107 del 1° febbraio 2010, offre dal 2011 a tutti i neonati lo screening metabolico allargato ad un gruppo più ampio di malattie metaboliche ereditarie rispetto alle obbligatorie, previa raccolta del consenso informato da parte dei genitori a cui viene consegnato un dépliant illustrativo sulle finalità dello screening; in caso di mancata sottoscrizione del consenso si effettua solo lo screening obbligatorio. Il test viene eseguito dalle ostetriche della Unità operativa di Ostetricia Ginecologia per i neonati del Nido o dalle infermiere della Unità operativa di Pediatria per i ricoverati in Neonatologia nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016, come descritto nell'istruzione operativa aziendale (Modalità di esecuzione test di Guthrie. doc n.6252- versione 1 del 11/05/2020). Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale nel 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L 167/2016 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA).

La DGR 2260/2018 recepisce la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l'obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, è fondamentale assicurare la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico. In riferimento a ciò, si rileva che tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2023, sono stati sottoposti allo screening per le malattie endocrine e metaboliche nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016 e che in tutti i casi è stato richiesto il consenso per effettuare lo screening: in un solo caso i genitori hanno rifiutato lo screening allargato; il foglio del consenso viene conservato nella cartella clinica. Nel 2023 sono stati richiesti dal laboratorio di screening neonatale 67 richiami tutti eseguiti entro le tempistiche previste dalla normativa nazionale.

I dati vengono inseriti nel programma Pegaso e centralizzati presso il centro Laboratoristico Regionale di Riferimento Screening Neonatale e Malattie Endocrino-Metaboliche Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi; dallo stesso centro viene inoltrata la richiesta di nuovo screening (notifica su Pegaso); per tutti questi casi i genitori vengono avvisati e viene dato un nuovo appuntamento dal personale della Unità operativa di Ostetricia o di Pediatria.

Obiettivo: Appropriatezza farmaceutica

Nel 2023 l'AUSL di Imola ha proseguito l'impegno alla promozione del ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici o biosimilari. La DGR 1237/2023 richiedeva per l'anno 2023 uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriatezza. Si riportano di seguito gli andamenti rilevati dal monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024) in riferimento ai consumi dei farmaci.

Inibitori di pompa protonica (PPI). In relazione al trend di incremento regionale del consumo territoriale osservato negli ultimi anni, per ogni Azienda sanitaria vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale. A questo proposito si riporta il monitoraggio dell'indicatore su piattaforma SIVER:

- **(IND695)** Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Valore di riferimento < 60 DDD per 1.000 ab. pesati die.

L'AUSL di Imola nel 2023 mostra un consumo giornaliero di farmaci PPI, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o "per conto", per 1.000 residenti, pari a 53,46 DDD per 1.000 ab. pesati die, in miglioramento rispetto al 2022 (57,13 DDD per 1.000 ab.). Il valore regionale 2023 risulta pari a 60,67 DDD per 1.000 ab. pesati die.

Antibiotici sistemici in ambito territoriale. Contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza. In corso di pandemia da COVID-19 si è osservata una netta riduzione dei consumi territoriali di antibiotici, attribuibile alle chiusure e all'implementazione di misure di prevenzione a livello della popolazione generale. I consumi hanno però mostrato una iniziale risalita nel 2022 che si conferma anche nel 2023.

In considerazione di questa situazione epidemiologica, il pannello regionale è stato arricchito con un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore, considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

- Consumo complessivo antibiotici sistemici (DDD*1000 abitanti-die). Obiettivo specifico: <12,5
- % consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE (% DDD). Obiettivo specifico: ≥60%
- Consumo fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 abitanti-die). Obiettivo specifico: <2
- Prescrizioni nella popolazione pediatrica (prescrizioni*1000 bambini-anno). Obiettivo specifico: <800

Di seguito l'indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale (Target: ≥ 15 punti).

- **(IND1012)** Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

Nel 2023, l'Azienda presenta un valore di 12 punti, in decremento rispetto al 2022 (13 punti) e 2021 (15 punti). Il valore regionale risulta pari a 14 punti.

In riferimento ai singoli indicatori componenti dell'indicatore composito si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

- **(IND340)** Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die). Valore di riferimento: < 12,5 DDD * 1000 ab.

L'Azienda presenta un consumo pari a 13,57 DDD * 1000 ab. vs 12,96 DDD * 1000 ab. nel 2022. Il consumo medio regionale risulta di 13,29 DDD * 1000 ab.

- **(IND1011)** Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Valore di riferimento: >=60%.

Il valore aziendale 2023 risulta pari a 59,8% vs 54,8% del 2022. Il valore % regionale risulta pari al 60,9%.

- **(IND793)** Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die). Valore di riferimento: < 2,0 DDD per 1.000 ab.

L'AUSL di Imola rileva un consumo giornaliero pari a 1,96 DDD per 1.000 ab. vs 2,25 DDD per 1.000 ab. del 2022. Il valore RER risulta pari a 1,91 DDD per 1.000 ab.

L'indicatore che segue è previsto nel **PIAO 2023 2025**, nell'ambito della sotto sezione **3.2.2 Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico**.

- **(IND343)** Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno). Valore di riferimento: < 800 prescrizioni per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2023 un tasso di prescrizione di 920,96 vs 683,67 x 1.000 residenti del 2022. Il tasso a livello regionale risulta di 851,19 x 1.000 residenti.

Per quanto concerne l'indicatore specifico del Nuovo Sistema di Garanzia (Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti. Target < 5.648).

- **D14C** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG.

Nel 2023, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.954,63 in lieve incremento rispetto al 2022 (4.730,01). Il consumo regionale risulta pari a 4.850,89.

Omega 3. A livello regionale viene definito uno specifico obiettivo di contenimento, al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale nel consumo territoriale omega 3 - ATC C10AX06: ≤3,1 DDD/1000 ab die. Al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale, per ogni Azienda vengono definiti specifici obiettivi differenziati di contenimento, modulati per fascia di consumo. Per l'AUSL di Imola, secondo il prospetto regionale, il target risulta ≤ 2,9 DDD/1000 ab die (che rappresenta il -15% quale variazione attesa 2023 / 2022).

- **(IND794)** Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti. Target: ≤ 2,9 DDD per 1.000 ab. pesati die.

Il dato 2023 rileva un consumo aziendale pari a 2,46 DDD per 1.000 ab. pesati die, in decremento rispetto al 2022 (3,44) ed inferiore al consumo medio regionale 2023 pari a 3,0 DDD per 1.000 ab.

Vitamina D. A febbraio 2023 la Nota 96 è stata aggiornata da AIFA, in particolare rispetto ai valori-soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui il trattamento è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali il trattamento è rimborsato indipendentemente dalla determinazione della 25(OH)D. Pertanto, anche per il 2023 vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente, al fine di ottenere una riduzione d'impiego e raggiungere il seguente target medio regionale nel consumo territoriale Vitamina D - ATC A11CC05: ≤ 123 DDD/1000 ab die.

- **(IND922)** Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti. Target AUSL di Imola: ≤ 110 DDD/1000 ab die, equivalente ad una variazione attesa 2023 / 2022 pari a -7%.

L'AUSL di Imola, nel 2023, presenta un consumo giornaliero pari a 81,97 DDD/1000 ab die, in significativo decremento rispetto all'anno precedente (118,10). Il consumo regionale risulta di 117,64 DDD/1000 ab die.

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure. Le nuove note AIFA 97, relative alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV, 99, per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO, 100, riferita all'uso dei nuovi farmaci antidiabetici (inibitori del SGLT2, agonisti GLP1, inibitori del DPP4 e loro associazioni) sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, consentendo la possibilità di prescrizione anche agli MMG per farmaci precedentemente affidati ai soli specialisti. L'obiettivo è garantire, a partire dall'inquadramento diagnostico-terapeutico, l'appropriatezza, sia nella prescrizione nei pazienti naïve sia nel mantenimento delle terapie, favorendo al contempo una gestione integrata con gli specialisti.

In quest'ottica svolge un ruolo fondamentale la formazione dei professionisti sanitari sui percorsi prescrittivi definiti dalle note AIFA che debbano integrarsi nei PDTA locali, affinché sia garantita la centralità del paziente, l'integrazione tra gli interventi il ricorso alla diagnostica con la digitalizzazione delle informazioni.

L'Azienda nel 2023 ha predisposto, nell'ambito della formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale, la realizzazione di un evento sulla Nota AIFA 97 relativo alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV "Anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale nota 97" che ha visto la partecipazione di 65 medici (56% sul totale).

Antidiabetici. Nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100. Nell'ambito di tali scenari viene introdotto un nuovo indicatore al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva ed il ricorso per l'uso prevalente ai farmaci che presentano il miglior rapporto costo opportunità.

- **(IND990)** % di pazienti con metformina che associano una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1°. Target $\geq 60\%$.

Nel 2023, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 60,54% in aumento rispetto al 2022 (55,37%). Il valore medio 2023 RER risulta pari a 64,30%.

- **(IND731)** % trattamento con le insuline basali a minor costo. Target $\geq 85\%$.

La % di trattamento con insuline basali a minor costo nel 2023 risulta pari all'85,24%, in aumento rispetto al 2022 (82,94%). La performance regionale nel 2023 mostra un valore pari a 83,36%.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili, uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti, l'impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità (Target: $\geq 85\%$) per l'AUSL di Imola è stato del 100% come nel 2022.

Farmaci oncologici e oncoematologici. Viene garantita l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo contenute in tali raccomandazioni, per i farmaci per i quali è stato definito che, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si è tenuto conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente. Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato un monitoraggio costante della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici di confronto tra direzioni sanitarie, dipartimenti/servizi farmaceutici e prescrittori.

Nuove formulazioni di farmaci oncologici. L'impiego di nuove formulazioni sottocute disponibili per principi attivi oncologici già inseriti in Prontuario nelle formulazioni endovenose, per le medesime indicazioni terapeutiche, dovrà tenere conto delle indicazioni della CRF in considerazione di un ottimale uso delle risorse e della necessità di preservare le situazioni in cui sussistono specifiche esigenze assistenziali.

Nel 2023 l'indicatore sottoposto a monitoraggio è relativo alla combinazione pertuzumab+trastuzumab. (Target: $< 20\%$).

- **(IND1009)** % Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+ e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante. Per l'AUSL di Imola la % risulta uguale a 0. Il dato regionale risulta pari a 3,14%.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato. Si rappresentano di seguito gli esiti monitorati dal sistema InSiDER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2023.

- **(IND370)** % di consumo di eritropoietine biosimilari. (Target $\geq 95\%$)

L'indicatore riporta un esito 2023, per l'AUSL di Imola, pari al 99,92% vs il 99,74% del 2022, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale risulta pari a 98,41%.

- **(IND657)** % di consumo di infliximab biosimilare. (Target $\geq 95\%$)

Analogamente a quanto rilevato nel 2021 e 2022, tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati con il biosimilare (100%).

- **(IND658)** % di consumo di etanercept biosimilare. (Target $\geq 95\%$)

La percentuale di consumo di etanercept biosimilare risulta, nel 2023, pari a 93,25% vs 92,44% del 2022. La performance regionale risulta pari a 93,02%.

- **(IND659)** % di consumo di follitropina biosimilare. (Target \geq 65%)

L'indicatore mostra, nel 2023, un consumo pari a 92,75% vs 87,05% nel 2022, in incremento e nel pieno rispetto del target atteso. La percentuale regionale risulta pari a 81,85%.

- **(IND777)** % di consumo di adalimumab biosimilare. (Target \geq 95%)

Nel 2023, la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari al 91,62% vs un consumo rilevato nel 2022 pari a 91,75%. Il consumo regionale risulta del 95,06%.

- **(IND778)** % pazienti trattati con trastuzumab sottocute. (Target \leq 20%)

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola registra nel 2023 una % pari a 0 vs un valore 2022 del 2,94%. La media RER risulta pari a 5,11% pazienti trattati.

- **(IND779)** % pazienti trattati con rituximab sottocute. (Target \leq 20%)

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola come nel 2022 non rileva nel 2023 pazienti trattati con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

- **(IND780)** % di consumo di enoxaparina biosimilare. (Target \geq 95%).

Nel 2023 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari al 99,99% vs il 98,82% del 2022. A livello regionale il consumo risulta pari a 99,57%.

- **(IND887)** % di consumo di bevacizumab biosimilare. (Target \geq 95%).

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta un consumo di bevacizumab pari al 92,91% vs il 94,80% del 2022. Il consumo medio regionale è pari al 99,41%.

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici. In assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) l'impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta viene posto con un target \geq 75%.

- **(IND924)** Percentuale di pazienti incidenti al trattamento con anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità e affetti da malattia cutanea e/o reumatologica. L'AUSL di Imola presenta nel 2023 un valore pari a 77,50%, nel rispetto del target e in miglioramento rispetto al 2022 (66,67%). La percentuale media regionale è pari a 74,99%.

Plasmaderivati da conto lavorazione MPD. Nel rispetto degli investimenti effettuati nel Sistema sangue regionale e nazionale, nell'ottica della garanzia del raggiungimento dell'autosufficienza per i MPD, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi CSR, viene raccomandato il ricorso ai medicinali plasmaderivati che derivano dal sistema "conto lavorazione", che prevede la lavorazione industriale in convenzione di plasma nazionale proveniente esclusivamente da donazioni volontarie non remunerate.

A livello aziendale rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che si sono a tale scopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici. Nel 2023 l'obiettivo di riduzione dell'uso degli MPD non è stato raggiunto, in quanto si è assistito ad un innalzamento dei consumi sia di albumina che di immunoglobuline ev.

Durante il 2023 sono stati effettuati incontri con i reparti utilizzatori, sia in sede di COBUS, che di Dipartimenti Aziendali, al fine di sensibilizzare sull'uso appropriato degli emoderivati.

- **H08ZB** Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) – NSG.
Valore di riferimento: $\leq 5\%$.

L'indicatore misura la capacità del sistema di garantire una produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati per la copertura dei fabbisogni. Per l'area di Bologna, è necessario precisare che trattasi di un Servizio Trasfusionale di ambito metropolitano: è un solo SIMT - SIMT AMBO - con un Direttore unico che è incardinato nella AUSL Bologna (il Servizio Trasfusionale di Imola è un modulo decentrato del Servizio Trasfusionale AUSL Bologna; l'AOU BO, ha attribuito la Direzione del Servizio Trasfusionale AOU al Direttore SIMT AUSL, con cessione del ramo d'azienda nel 2022; la struttura IOR non è titolare della raccolta, la Direzione del Servizio Trasfusionale è attribuita alla Direzione SIMT AUSL, con cessione del ramo d'azienda nel 2018).

L'indicatore è riferito all'ambito metropolitano, poiché tutto il plasma viene inoltrato al frazionamento dal Polo di lavorazione SIMT AMBO AUSL BO. Per tale area (Bologna) l'indicatore monitorato su SIVER rileva un valore pari a -0,51, nel pieno rispetto del target.

Obiettivo: Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

Oltre a realizzare le attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, l'AUSL di Imola è tenuta a garantire:

- ulteriore implementazione delle azioni finalizzate ad un utilizzo sempre più completo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie con particolare riguardo al corretto inserimento delle vaccinazioni;
- prosecuzione dell'attuazione della DGR 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" con attenzione al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati";
- promozione ed offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, agli operatori sanitari valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente;
- prosecuzione della raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale sanitario, utilizzando la scheda regionale, in attuazione del progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, inserito nell'attuale PRP 2021-2025, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

Con riferimento agli obiettivi della DGR 1237/2023, nell'ambito della copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (target: $\geq 40\%$, o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente), si dettaglia quanto segue. Nel corso della campagna vaccinale 2023-2024 la somministrazione delle vaccinazioni per i dipendenti è stata garantita presso il Servizio aziendale Medicina Preventiva e per facilitare l'accessibilità alla vaccinazione sono state programmate sedute vaccinali anche presso l'Ospedale Nuovo, come condiviso e definito dal Direttivo aziendale e come previsto dal Piano pandemico PanFlu. Tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti dalla Medicina Preventiva sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata), secondo le indicazioni regionali.

Nonostante le azioni intraprese a livello aziendale per promuovere la vaccinazione anti-influenzale, a cui la Medicina Preventiva ha garantito tutto il supporto operativo necessario (in collaborazione con l'Igiene Pubblica per la copertura della presenza medica, considerate le difficoltà organizzative che anche nel 2023 hanno caratterizzato il Servizio), la copertura vaccinale non ha raggiunto il target definito dalla RER, attestandosi su una adesione del 20% (sul totale dei dipendenti AUSL) e del 22% considerando i soli operatori sanitari: entrambi i dati sono comunque in incremento rispetto alla campagna 2022/2023 (tabella sottostante). Si precisa che i dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni eventualmente somministrate presso altre Aziende (es. per dipendenti AUSL di Imola residenti presso altra AUSL che hanno effettuato la vaccinazione presso il proprio MMG).

| Macro mansione | Campagna 2022/2023 | | | Campagna 2023/2024 | | | delta |
|-------------------------|--------------------|------------------|------------|--------------------|------------------|------------|-----------|
| | in servizio | di cui vaccinati | % adesione | in servizio | di cui vaccinati | % adesione | |
| Comparto amministrativo | 173 | 43 | 25% | 173 | 39 | 23% | -2% |
| Comparto sanitario | 1.032 | 155 | 15% | 1.006 | 173 | 17% | 2% |
| Comparto tecnico | 126 | 15 | 12% | 120 | 19 | 16% | 4% |
| Dirigenza altra | 11 | 5 | 45% | 11 | 7 | 64% | 18% |
| Dirigenza sanitaria | 324 | 94 | 29% | 325 | 116 | 36% | 7% |
| ESCLUDERE | 1 | 0 | 0% | 3 | 0 | 0% | 0% |
| N/A | 275 | 35 | 13% | 262 | 34 | 13% | 0% |
| Totali | 1.942 | 347 | 18% | 1.900 | 388 | 20% | 3% |
| Solo sanitari | 1.356 | 249 | 18% | 1.331 | 289 | 22% | 3% |

Fonte dati: Business Objects (estrazione al 19/03/2024)

N.B: l'estrazione rileva i presenti in servizio al 19/03/2024.

Si precisa che i dati sono relative alle vaccinazioni somministrate nei diversi setting aziendali, ciascuno dei quali registra le vaccinazioni in un proprio applicativo gestionale:

- Medicina Preventiva (Cartella Clinica del Medico Competente - Arianna)
- Igiene Pubblica (OnVac)
- MMG (Portale SOLE)

Per quanto concerne l'utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali, si rileva che tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti c/o la Medicina Preventiva sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata) secondo le indicazioni regionali, per un totale di 646 vaccinazioni somministrate, di cui: Anticovid 207; Antinfluenzali 325; Hengerix B (anti-HBV) 67; Priorix (anti-MPR) 42; Varivax (anti-varicella) 5. Si precisa che non possono essere registrate sul gestionale le vaccinazioni somministrate ai dipendenti presso altri Servizi aziendali (es. Igiene Pubblica) o presso il proprio MMG, che ovviamente utilizzano per la registrazione delle vaccinazioni i propri gestionali.

A tutti gli operatori sanitari nuovi assunti è stato effettuato lo screening per TBC (tra gli esami effettuati in sede di visita pre-assuntiva) e per tutti viene controllata la copertura immunitaria e le informazioni sono state registrate nella cartella sanitaria e di rischio informatizzata.

Per quanto riguarda l'analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari, nel corso del 2023 l'Azienda ha avviato l'implementazione della nuova piattaforma gestionale regionale SegnalER, che include anche le segnalazioni PREVIOS (rif. "Scheda A12 Violenza su operatore"). In questa fase sperimentale, l'Azienda ha comunque mantenuto un database aziendale parallelo, per garantire la tempestiva trasmissione dei dati secondo il tracciato ONSEPS (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie) come previsto dalla Legge 113/2020 e richiesto dalla RER con Prot. 07/11/2023.1102474.U. I dati degli eventi segnalati occorsi nel 2023 (registrati secondo il tracciato ONSEPS) sono stati trasmessi alla Regione il 10/01/2024 dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) dell'AUSL di Imola. Il monitoraggio degli eventi aggressivi, inclusa l'analisi delle segnalazioni di aggressione fisica, viene garantito nell'ambito degli incontri periodici del Gruppo aziendale PREVIOS. Come

previsto dalla procedura aziendale, eventuali casi particolarmente significativi sono oggetto di specifici sopralluoghi e/o analisi multidisciplinare approfondita (SEA): nel 2023 non si sono verificate aggressioni fisiche con esito ≥ 6 .

La sotto sezione **3.2.2 "Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico"**, nell'ambito del **PIAO 2023 2025**, presenta il monitoraggio di un set di indicatori riportati nella Tabella Indicatori in chiusura del paragrafo. Si illustra di seguito l'andamento degli indicatori più significativi monitorati anche dal Nuovo Sistema di Garanzia.

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, è stata perseguita l'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA, con particolare attenzione per ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

- (**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 - NSG. Target: $\leq 0,15$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale 2020 – 2021.

Nel 2023 il rapporto risulta pari a 0,18 superiore al target e al risultato atteso aziendale. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 0,17.

L'indicatore che segue valuta il volume dei ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità prevalentemente medico-diagnostiche e per tale motivo a rischio di inappropriatezza, perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale.

- (**H06Z**) Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 2,01 in mantenimento rispetto alla media degli anni precedenti (2022: 2,02; 2021: 2,15; 2020: 1,58). Il tasso regionale medio 2023 risulta 2,31.

L'indicatore valuta il volume di accessi di tipo medico in regime diurno negli ospedali per acuti e per tale motivo a rischio di inappropriatezza perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale. L'indicatore è dato dal numero di accessi (giornate di degenza) nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti.

- (**H07Z**) Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG. Risultato atteso aziendale: \leq Anno 2022.

L'AUSL di Imola rileva un tasso 2023 pari a 22,61 in lieve incremento rispetto all'anno precedente (22,03). Il tasso RER 2023 risulta pari a 26,76.

Per valutare l'utilizzo della rete dell'emergenza urgenza da parte degli ospiti di strutture residenziali anziani (CRA) vengono monitorati i seguenti indicatori:

- (**IND505**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con accesso al PS. Risultato atteso aziendale: <= Anno 2022.

L'AUSL di Imola presenta un 11,74% in incremento rispetto al 2022 (10,22%). La % 2023 a livello regionale risulta pari a 16,15%.

- (**IND506**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale 2020 – 2021.

Per l'AUSL di Imola il valore 2023 risulta pari a 3,31% vs 1,79% nel 2022 e 2,83% nel 2021. La % 2023 a livello regionale risulta pari a 4,48%.

Gli indicatori che seguono misurano il governo della domanda e l'appropriatezza prescrittiva in riferimento al fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Azienda, delle prestazioni specialistiche di tipo diagnostico incluse nel PNGLA 2019-2021.

- (**IND863**) Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio. Risultato atteso aziendale: <= Anno 2022.

L'indice aziendale 2023 risulta pari a 862,85, in incremento rispetto al 2022 (786,85). L'indice di consumo medio regionale 2023 risulta pari a 872,49.

- (**IND864**) Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio. Risultato atteso aziendale: <= Anno 2022.

L'indice aziendale 2023 risulta pari a 796,24, in aumento rispetto al 2021 (724,85). L'indice medio regionale 2023 risulta pari a 739,91.

L'indicatore sul consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali.

- (**D13C**) Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG. Risultato atteso aziendale: <= Anno 2022.

Il consumo aziendale 2023 risulta pari a 98,12, in incremento rispetto al 2022 (89,71). Il consumo medio regionale 2023 risulta pari a 75,20.

Nell'ambito dell'appropriatezza farmaceutica si riportano i seguenti indicatori.

- (**IND333**) % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria. Target: <= 5. Risultato atteso aziendale: <= STD medio RER.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2023 pari a 23,50% che non rispetta il target, ma è in linea con il valore medio regionale (23,62%).

- (**IND334**) Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno). Target: <= 800. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Il tasso aziendale 2023 risulta pari a 920,96 prescrizioni per 1.000 abitanti, in incrementato rispetto agli anni precedenti. Il tasso regionale 2023 risulta pari a 851,19.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|----------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| H04Z ex 843 | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - NSG | 0,16 | 0,15 | 0,18 | < = 0,15 | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE 2020 2021 | 0,18 | 0,17 | (Flusso SDO) |
| H06Z ex 857 | Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG | 1,58 | 2,15 | 2,02 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 2,01 | 2,31 | (Flusso SDO) |
| H07Z ex 858 | Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z | 20,37 | 28,17 | 22,03 | - | < = ANNO 2022 | 22,61 | 26,76 | (Flusso SDO) |
| 621 | Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 7,77 | 13,76 | 9,11 | - | < = ANNO 2022 | 9,17 | 6,66 | (Flusso SDO) |
| 622 | Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | 2,71 | 1,76 | 1,97 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 3,70 | 3,94 | (Flusso SDO) |
| 863 | Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio | 606,41 | 715,22 | 786,85 | - | < = ANNO 2022 | 862,95 | 872,49 | (Flusso ASA) |
| 864 | Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio | 599,84 | 742,92 | 724,85 | - | < = ANNO 2022 | 796,24 | 739,91 | (Flusso ASA) |
| D13C ex 865 | Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG | 70,42 | 84,39 | 89,71 | - | < = ANNO 2022 | 98,12 | 75,2 | (Flusso ASA) |
| 505 | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS | 11,28 | 7,69 | 10,22 | - | < = ANNO 2022 | 11,74 | 16,15 | (Flussi FAR e PS) |
| 506 | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni | 6,38 | 2,83 | 1,79 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE 2021 2022 | 3,31 | 4,48 | (Flussi FAR e SDO) |
| 333 | % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria | 23,75 | 23,95 | 23,79 | < = 5 | < = STD MEDIO RER | 23,50 | 23,62 | (Flussi AFT, FED e SDO) |
| 343 | Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti | 380,2 | 352,52 | 683,67 | < 800 prescrizioni x 1.000 ab. | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 920,96 | 851,19 | (Flussi AFT e FED) |

3.2.3 Sotto sezione: Organizzazione

Afferiscono a questa sotto sezione obiettivi relativi all'organizzazione aziendale, sia in termini di assetto organizzativo che di processi interni, con particolare riferimento all'applicazione di strumenti informatici. Nell'ambito dell'organizzazione e dei processi interni trova collocazione anche l'impianto aziendale volto all'attuazione del Lavoro Agile e delle Pari opportunità.

L'**Atto Aziendale** vigente è pubblicato sul sito Internet aziendale, in Amministrazione Trasparente, Disposizioni generali.

Nell'ambito **dell'organizzazione e dei processi interni** si inseriscono gli atti e i processi di seguito descritti:

- Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)
- Il Piano delle Azioni Positive
- I processi di integrazione a livello metropolitano / unificazioni a livello provinciale.

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

Tra gli strumenti di riorganizzazione del lavoro si inserisce il lavoro agile e il telelavoro normato con la Legge 81/2017 ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato".

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico. In fase di prima applicazione, l'AUSL di Imola, come disposto dalla DGR 819/2021, ha adottato il POLA quale sezione del Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023.

In particolare, il POLA 2021-2023 ha programmato il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in coerenza con le "Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle aziende ed enti del SSR dell'istituto dello smart working, secondo modalità ordinarie" (Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare del 27 gennaio 2021, prot. 68048).

In questa prospettiva occorre tenere conto delle disposizioni dettate dal DL 56/2021, le quali fissavano al 31 dicembre 2021 l'accesso al lavoro agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale (senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale).

Si è ritenuto quindi che l'introduzione dello smart working secondo le modalità ordinarie potesse essere programmato a partire dal 2022, in coerenza con la normativa e le indicazioni in vigore, di cui al Regolamento aziendale in materia di Lavoro Agile, adottato con Deliberazione n. 161 del 30.7.2021, ad oggetto "Adozione del Regolamento per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali". In particolare, attraverso il POLA 2021-2023, l'Azienda ha programmato l'avvio e il graduale completamento all'interno delle diverse articolazioni organizzative interne della

mappatura delle attività, stabilendo i relativi criteri di priorità. Il POLA, redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. 34/2020 che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, è stato adottato quale sezione in allegato al Piano della Performance 2021-2023 (Deliberazione n. 157 del 29/07/2021).

L'AUSL di Imola ha proceduto all'aggiornamento del **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2022-2024 con Deliberazione n. 218 del 28.10.2022**, pubblicata sul sito Internet aziendale, in "Amministrazione Trasparente", e richiamata nella deliberazione n. 220 del 31.10.2022 di Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024 – in prima applicazione. Mediante l'aggiornamento del Piano, si costituisce uno strumento funzionale al passaggio dalla modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente.

Il lavoro agile, così come previsto dalle "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche", è regolato da apposito accordo individuale tra il dirigente responsabile della struttura e il dipendente, con definizione delle attività effettivamente convertibili, nei limiti in cui ciò consenta il mantenimento della continuità della qualità e quantità delle prestazioni erogate. Alla verifica dei risultati provvede il dirigente, secondo cadenze e modalità che devono riflettere necessariamente le caratteristiche tipiche dei compiti agilmente lavorabili. Data la natura peculiare del settore, la valutazione dovrà necessariamente rispondere ai criteri di aderenza dello smart working ai principi di continuità, sicurezza e qualità delle prestazioni erogate.

Con il **Piano delle Azioni Positive**, l'Azienda mira ad attuare, al proprio interno, gli obiettivi di parità e pari opportunità per garantire condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. Le azioni positive, come definito dalla Decreto Legislativo n. 198 del 2006 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, sono misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità. Sono dirette a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro. Le azioni positive hanno, in particolare, lo scopo di:

- eliminare le disparità nella formazione professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

Si tratta, quindi, di un importante strumento per la cui realizzazione l'Azienda si avvale dell'attività propria del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)**.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive 2021 – 2023 dell'AUSL Imola, formalizzato con Deliberazione n. 152 del 28.7.2021, declina le aree di intervento all'interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento, richiamata nella Deliberazione n. 220/2022 di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) in prima applicazione.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive 2021 – 2023 è pubblicato sul sito Internet aziendale, in "Amministrazione Trasparente", "Performance".

Obiettivo: unificazione aziende a livello provinciale / integrazione a livello metropolitano

Nel corso degli anni l'AUSL di Imola ha avviato progetti di sviluppo di integrazione di funzioni e attività in sede metropolitana, approvate dalla CTSS, secondo modelli di gestione interaziendali, anche in collaborazione con Alma Mater Studiorum - UNIBO, e/o collaborazioni nell'ambito delle reti cliniche e del più ampio riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale. Si conferma il valore strategico di partecipazione ai modelli organizzativi che intervengono nelle forme di reti cliniche, al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse favorendo l'integrazione di competenze ed autonomia diverse. In tale contesto si pone l'impulso dell'Azienda alla qualificazione delle discipline chirurgiche, con particolare riferimento alla chirurgia interventistica mininvasiva, al fine di garantire sviluppo delle competenze, attrattività e accesso alle tecnologie innovative.

L'Azienda si è posta altresì la prospettiva di implementare la fruibilità di funzioni di secondo e terzo livello per le discipline non presenti in azienda al fine di fornire ai cittadini punti di accesso a tali prestazioni favorendo la prossimità delle cure e migliorando le condizioni di presa in carico.

Per quanto concerne gli **Accordi di integrazione a gestione interaziendale** a livello provinciale, già illustrate nella Sotto sezione: struttura della offerta e della produzione, nell'ambito della rendicontazione dell'obiettivo "Riordino assistenza ospedaliera ed integrazioni in Area Metropolitana" sulle Reti cliniche integrate che coinvolgono l'AUSL di Imola, alla quale si rimanda.

Si richiamano, in particolare, i più recenti sviluppi in tema di rapporti di collaborazione interaziendale che hanno visto, a partire dal 2022, l'attuazione di progetti di sviluppo secondo un modello organizzativo che prevede la messa a disposizione di una Azienda verso l'altra di **piattaforme logistiche** (prevalentemente spazi, operatori e di degenza), aventi come finalità da un lato il potenziamento dell'offerta, migliorando i tempi di attesa e dall'altro favorire lo sviluppo di competenze specialistiche.

In tale contesto, si collocano gli Accordi con IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna attivati nel 2022 in tema di chirurgia otologica ed in ambito ginecologico. Altresì si pone in evidenza, fra gli obiettivi di sviluppo nel triennio di riferimento, il rilancio della chirurgia mininvasiva, al fine di aumentare i livelli di autosufficienza e attrattività, mediante l'implementazione della **chirurgia robotica**, condotta da un progetto comune di sviluppo avviato con l'IRCSS-AOU di Bologna nelle discipline di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia. Fra i vari obiettivi di sviluppo condivisi si inquadra la possibilità di avviare anche progetti di ricerca e didattica specialistica.

Obiettivo: Sviluppo reti ICT in coerenza al “Piano per l’innovazione e sviluppo ICT nel SSR 2020-2022” ed innovazione dei sistemi per l’accesso

Obiettivo: Innovazione dei sistemi per l’accesso

Obiettivo: Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria

Nell’ambito dell’organizzazione si inseriscono gli interventi volti a fornire supporto ai **processi interni** mediante un adeguato sviluppo della **infrastruttura ICT e degli strumenti informatici**.

Il rilancio e il rinnovamento del Servizio Sanitario Italiano, alla luce del PNRR richiede una profonda trasformazione nel modo di generare salute, che imprescindibilmente può essere realizzata attraverso l’apporto delle nuove tecnologie digitali. L’AUSL di Imola, in questa prospettiva, si è posta, pertanto, quale obiettivo strategico la definizione di un programma di rafforzamento e sviluppo rivolto a dotare l’Azienda di una moderna e sostenibile struttura ICT diffusa ed integrata a livello di SSR. Allo stesso tempo ha aderito al Progetto Ministeriale rivolto rafforzare le competenze digitali del proprio personale.

Il rafforzamento della infrastruttura aziendale a livello digitale è presupposto imprescindibile di un moderno sistema salute, a supporto della telemedicina e finalizzato a garantire la corretta alimentazione dei flussi informativi previsti dal livello nazionale e regionale, oltretutto attivare sistemi di rilevazione e/o registri di sorveglianza uniformi a livello di sistema complessivo.

Gli obiettivi principali ai quali si è dato avvio in azienda e che sono stati perseguiti anche nel 2023, sono i seguenti:

- Sviluppo della telemedicina per la cura a distanza dei pazienti, rendendo diffusamente fruibili le prestazioni di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.
- Consolidamento dell’implementazione del fascicolo sanitario elettronico semplificandone l’accesso, assicurando l’interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di trasmissione dell’informazione tra strutture sanitarie e verso la cittadinanza.
- Miglioramento dei sistemi di trasmissione regolare e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale al fine di garantire gli adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA e di corretta alimentazione del Programma nazionale esiti.
- Tempestività nella trasmissione dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale al fine di adempiere agli obiettivi di programmazione e pianificazione a livello sociosanitario ed amministrativo.

Pertanto, l’Azienda si è impegnata ad implementare tutte le azioni previste nel Piano per l’Innovazione e lo Sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale, nonché diffondere e promuovere il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Obiettivo: Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico

In relazione al DL 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia", che rafforza le disposizioni di cui all'art. 12 del DL 179/2012 concernenti la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'Azienda si è impegnata, nel corso del 2023, a garantire l'attuazione delle misure urgenti in materia del Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)". L'AUSL di Imola si è orientata ad attuare quanto necessario affinché il FSE costituisca uno strumento strategico per la verifica dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, consentendo al professionista sanitario di consultare on-line la storia clinica del paziente.

Si riporta di seguito il monitoraggio 2023 di specifici obiettivi previsti dalla DGR 1237/2023, disponibile su SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Anno 2024), nell'ambito delle "Piattaforme informatiche, investimenti e strutture per il rilancio del SSR".

- **(IND0930)** Numero di utenti che sono acceduti al FSE sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE. Target: 70%.

L'AUSL di Imola rileva una percentuale pari a 72,50% vs l'84,56% del 2022. Il valore medio regionale 2023 risulta pari al 74,36%.

- **(IND0933)** Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati. Target: 80%.

L'Azienda mostra un valore 2023 del 90,05%. Il valore regionale risulta di 83,65%.

- **(IND1006)** Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul FSE regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE. Target: 90%.

Il risultato per l'AUSL di Imola, nel 2023, è pari al 99,91%, con una media RER del 99,97%. Tutti i referti di laboratorio e radiologia sono indicizzati sul FSE e sul repository SOLE con pochissime eccezioni causa errori o invio non previsto (laboratorio per esami super sensibili).

- **(IND1007)** Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul FSE regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0). Valore di riferimento: 40%.

Il risultato aziendale, nel 2023, risulta pari al 40,03%, con una media RER del 34,08%. Tutti gli applicativi del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione sono stati adeguati nel corso del 2023. In particolare, si veda la tabella che segue, dove dalle date di avvio si evince che tutti i documenti sono stati indicizzati sul FSE nel nuovo formato 2.0.

| Denominazione SW | Tipologia | DATA AVVIO |
|-------------------------------|--|-------------------|
| DNLab | REFERTI LABORATORIO | 10/07/2023 |
| FirstAid PS | REFERTI PRONTO SOCCORSO | 18/12/2023 |
| SIAVr-ONVAC | SCHEDA VACCINALE E CERTIFICATO VACCINALE | 15/12/2023 |
| FENIX | REFERTI RADIOLOGIA | 20/07/2023 |
| Smart*Health (IPERICO) | LETTERE DI DIMISSIONE | 22/12/2023 |

Nell'ambito della gestione appuntamenti è stata inoltre implementata l'attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento.

Obiettivo: Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale

L'innovazione tecnologica contribuisce in modo determinante a sostenere un nuovo modello di sanità che sposta il fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, tramite l'implementazione di modelli assistenziali innovativi centrati sul cittadino e in grado di facilitarne l'accesso alle prestazioni sul territorio.

Le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina approvate dall'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità definiscono la Telemedicina una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies (ICT)*, in situazioni in cui il professionista (o più professionisti) della salute e il paziente non si trovano nella stessa località.

Per quanto concerne il monitoraggio delle **prestazioni di telemedicina**, la DGR 1237/2023 richiedeva un aumento in valori assoluti delle televisite rispetto al 2022, come previsto dalla Circolare 2/22. L'indicatore specifico su SIVER:

- **(IND905)** Monitoraggio prestazioni a distanza televisite e prestazioni organizzative. Valore di riferimento: Aumento del 10 % rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola, in riferimento a tale indicatore che rileva le prestazioni di telemedicina a partire dal 2022 secondo le indicazioni ministeriali e regionali, sulla base del flusso ASA e della rilevazione aziendale, registra nel 2023 un incremento pari a +22,91% prestazioni rispetto al 2022. L'aumento medio regionale risulta di +15,47%.

Per quanto riguarda il Progetto regionale Telemedicina, nel 2023, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto gli atti per la definizione del fabbisogno operativo di telemedicina e per la definizione del modello organizzativo di telemedicina, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C1 I 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Nel 2023, è stata rinnovata la composizione del gruppo regionale di telemedicina, costituito da rappresentanti regionali ed aziendali degli ambiti relativi all'assistenza territoriale, ospedaliera e dell'area tecnico-informatica, al fine di favorire in modo omogeneo e condiviso, lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale. Sono stati anche avviati tavoli tecnici con i professionisti aziendali finalizzati alla pianificazione e sviluppo della futura piattaforma regionale di telemedicina e condotta una survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate a livello locale. L'AUSL di Imola ha garantito la partecipazione di un professionista del Servizio informatico aziendale che unitamente alla Direzione di Presidio hanno risposto al livello regionale in ordine al questionario di indagine sui servizi di Telemedicina attivi a livello aziendale.

Obiettivo: Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi

Obiettivo: Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze

L'Azienda ha garantito la corretta alimentazione dei flussi informativi previsti dal livello nazionale e regionale, con attenzione specifica a quelli collegati ad eventi epidemici. Ha garantito inoltre il raccordo con il livello regionale per i sistemi di rilevazione e i registri di sorveglianza.

Obiettivo: Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale e verso il livello nazionale (adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA)

Sistema informativo. Il sistema di reportistica regionale (Predefinita, Dinamica, SIVER) sviluppato negli anni è lo strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi consentendo altresì la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, inclusi moduli di dettaglio per permettere il download aziendale dei dati di propria competenza.

Nel corso del 2023 l'Azienda ha mantenuto gli standard qualitativi finora raggiunti, prestando particolare attenzione ai flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), correlato all'adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 il cui rispetto costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

In ordine alla tempestività nell'invio dei dati, monitorata tramite un set di indicatori su SIVER, l'Azienda si è impegnata a garantire il rispetto delle tempistiche e della qualità dei dati atti a soddisfare gli adempimenti LEA richiesti dal livello nazionale e a rispettare le tempistiche e la qualità dei dati richiesta dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione, al fine di adempiere agli obiettivi di programmazione e pianificazione. Si rimanda alla "Relazione sulla gestione", allegata al Bilancio di Esercizio 2023, Capitolo 9 sulla rendicontazione degli obiettivi della programmazione annuale regionale (DGR 1237/2023), per un dettaglio sull'andamento degli indicatori (SIVER) di valutazione sui flussi SDO, ASA, FED PS, DiMe, AFO e FAR e sugli indicatori di osservazione sui flussi AFT, ADI, DSA in ASA, FAR, SIRCO, SICO, AS, IVG.

Obiettivo: Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale

In attuazione degli indirizzi regionali, l'AUSL di Imola ha investito su percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta. Nel 2023, l'Azienda ha consolidato le esperienze intraprese negli anni passati, oltre a garantire la partecipazione agli eventuali ulteriori processi di integrazione sia in ambito amministrativo che sanitario sulla base della programmazione condivisa in Area Metropolitana, al fine di perseguire maggiore efficienza gestionale e qualità dei servizi offerti.

Funzioni tecnico-professionali, amministrative e logistiche. L'Azienda garantisce la propria partecipazione ai processi di integrazione di attività e funzioni, da realizzarsi anche attraverso la concentrazione strutturale delle funzioni tecnico-professionali, amministrative e logistiche, nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bologna. Si richiamano gli accordi già operativi per la delega di funzioni verso l'AUSL di Bologna, nell'ambito dell'Amministrazione del Personale, Area Giuridica (SUMAGP) ed Area Economica (SUMAEP) e nell'ambito del Servizio Acquisti Metropolitan (SAM). Ad ulteriore sviluppo, dal 1.2.2024, l'integrazione delle funzioni aziendali di Contabilità e Finanza nel **Servizio Unico Metropolitan di Contabilità e Finanza (SUMCF)**, secondo il modello organizzativo già in essere tra Aziende USL di Bologna, IOR e IRCCS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna. Le funzioni delegate alla gestione unificata rispondono alla finalità di concentrare in un unico organo di governo le attività specialistiche, standardizzare i meccanismi di integrazione e coordinamento con i servizi gestori aziendali, sviluppare le professionalità ed il livello di specializzazione. Secondo il modello organizzativo, le funzioni di programmazione economica e di monitoraggio degli andamenti permangono a livello aziendale e sono stati posti in capo alla SSU Programmazione e Controllo direzionale.

Nel settore Acquisti l'integrazione ha visto l'istituzione, con deliberazione n. 149/2022, del Servizio Acquisti di Area Vasta dell'Emilia Centrale (SAAV) per lo svolgimento delle relative funzioni unificate.

In ambito amministrativo si richiama inoltre il particolare impegno dell'Azienda nell'implementazione del nuovo sistema gestionale amministrativo contabile (GAAC) per il quale prosegue l'attività di progressiva implementazione, al fine di portare a pieno regime l'operatività degli applicativi e il valore aggiunto delle sinergie derivanti dal progetto di omogeneizzazione delle procedure.

Si colloca, inoltre, nei progetti di Area Vasta, l'attivazione e sperimentazione della Piattaforma GIPI per la gestione dei procedimenti di accesso ai sensi della L. 241/90 ed Accesso generalizzato in attuazione del progetto definito a livello di Area Vasta.

Di seguito si riportano gli indicatori in forma tabellare del sotto sezione "**Processi interni - Organizzazione**" monitorati su SIVER "**PIAO 2023 2025**".

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Organizzazione

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1160 | % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori | 7 | 6 | 2 | - | Attuazione secondo gli indirizzi RER | 2,7 | 4,14 | (GRU - Protocollo POLA) |
| 1161 | % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali | 96 | 87 | 29 | - | Attuazione secondo gli indirizzi RER | 9,16 | 16,29 | (GRU - Protocollo POLA) |
| 1162 | % giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative | 0,51 | 0,45 | 0,23 | - | Attuazione secondo gli indirizzi RER | 1,79 | 3,37 | (GRU - Protocollo POLA) |

3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale

Obiettivo: Governo delle risorse umane

Tale obiettivo riguarda la **Programmazione Triennale dei Fabbisogni del Personale** che trova la sua pratica declinazione attraverso specifico atto che, sulla base della normativa nazionale (art. 6, co. 4, del D.Lgs 165/2001 e D.M. 8 maggio 2018) deve essere approvato dalla Regione. In aderenza a quanto previsto con la DGR 990 del 19.6.2023, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione indica le scelte strategiche, rinviando al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), adottato con separato atto, la programmazione degli aspetti attuativi. La programmazione triennale del PTFP è stata presentata in allegato, quale proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2023-2025, al Bilancio Economico Preventivo 2023, impostata in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato. A seguito di parere favorevole da parte regionale il PTFP 2023-2025 è stato adottato in via definitiva con Deliberazione n. 264 del 22 dicembre 2023.

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2023 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFER) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale. In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), le Aziende ed enti del SSR devono procedere a predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegati ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il **Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)**, che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) anche nel corso del 2023, è stata rivista e rimodulata al fine di assicurare la coerenza con i contenuti della programmazione sanitaria regionale, e favorire in particolare la riduzione delle liste di attesa. In sede di predisposizione della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP 2023-2025 e della relativa approvazione regionale viene assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti di supporto finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, al supporto della rete dell'emergenza urgenza, e agli strumenti finalizzati a supportare i servizi assistenziali a fronte della carenza di particolari professionalità.

Nell'ambito della Gestione del sistema sanitario regionale e del personale, viene richiesto da parte delle Direzioni aziendali un particolare impegno per garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).

Nel 2023 è stata predisposta il **Percorso di sviluppo dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale** in coerenza con le indicazioni dell'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento con la previsione di un progressivo pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze, in applicazione delle Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie".

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. Anche per quanto riguarda il triennio 2023-2025, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile", presso le Aziende del SSR della Regione Emilia Romagna.

3.2.5 Sotto sezione: Rischi corruttivi e Trasparenza

Obiettivo: Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza

L'obiettivo comprende l'esplicitazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione dei Rischi corruttivi e della promozione della Trasparenza. Gli aspetti attuativi sono demandati a specifico separato atto, declinati e formalizzati con Deliberazione aziendale n. 53 del 27.2.2023, ad oggetto "**Approvazione della sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025**". Gli obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione sono individuati come segue:

- Diffondere la cultura dell'etica pubblica e della integrità a tutti i dipendenti e collaboratori, mediante la programmazione di adeguati eventi formativi.
- Rafforzare l'attuazione dei principi della trasparenza e dell'integrità nei processi aziendali, mediante il riesame della mappatura dei processi di area sanitaria e la relativa analisi del rischio corruttivo e delle misure, principalmente nelle aree di rischio riguardanti "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni", "Liste di attesa", "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni, a completamento del percorso già avviato per i processi di area amministrativa e tecnica.
- Rafforzare la cultura dei controlli, come strumento di miglioramento e di creazione di valore, mediante la definizione di un percorso e di strumenti di monitoraggio, anche strutturati a livello informatico, nonché l'istituzione della Funzione di Audit interno, affidata ad un Board aziendale.

Relativamente all'anno 2023, è proficuamente proseguito il lavoro di progressiva mappatura dei processi e dei rischi, con un'analisi per aree di rischio, che ha riguardato i seguenti Dipartimenti/Unità Operative Complesse/Servizi.

A) UOC SEGRETERIA GENERALI E AFFARI LEGALI. La mappatura dei processi e la valutazione dei rischi correlati della presente Unità Operativa complessa, iniziata nel 2022, ha dapprima riguardato i processi di "Gestione diretta dei sinistri", attinente all'Area di Rischio Affari Legali e Contenzioso e "Affidamento di incarichi a legali interni ed esterni", attinente all'Area di Rischio "Incarichi e nomine", con un'analisi che ha visto coinvolto il Gruppo di Lavoro interaziendale di area AVEC e della AUSL Romagna, di cui si è data evidenza negli Allegati B6 e C6 della "Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025". Il lavoro è poi proseguito, in ambito aziendale, analizzando lo specifico processo "Procedimento disciplinare", attinente all'area di rischio "Affari Legali e Contenzioso", di competenza della UOC Segreteria Generale e Affari Legali e dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (cfr. Allegato B). In coerenza con l'obiettivo di progressiva ed integrale mappatura, non appena verrà adottato il nuovo Regolamento sull'affidamento degli incarichi extraistituzionali ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 attualmente in fase di perfezionamento, si darà corso all'analisi ed alla mappatura anche di questo specifico processo.

B) DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA. Nel corso del 2023 è stato costituito, nell'ambito del Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un apposito Gruppo di Lavoro interaziendale composto da esperti della specifica materia nelle singole aziende e di prevenzione della corruzione, con l'obiettivo di aggiornare la mappatura dei processi e valutazione dei rischi del Dipartimento di Sanità Pubblica, riconducibili all'area di rischio "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni". Il lavoro di mappatura è stato strutturato anche quale evento formativo accreditato ECM "Aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo all'interno dei Dipartimenti Sanità Pubblica: introduzione ad una metodologia condivisa". L'AUSL di Imola, tramite diversi incontri tra i Direttori/professionisti delle varie Unità Operative (UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria e UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro), è così pervenuta all'adozione di una mappatura dei processi e delle attività a rischio corruttivo del Dipartimento di Sanità Pubblica, che ha tenuto conto delle peculiari modalità organizzative e procedurali dell'Azienda, caratterizzata da una forte connotazione di gestione dipartimentale dei processi. Il lavoro è stato condiviso con le altre Aziende del Tavolo RPCT.

C) SERVIZIO MORTUARIO. Il processo di mappatura dei processi riconducibili all'area di rischio specifica dei "decessi intra ed extra ospedalieri", avviato a livello aziendale nel 2022 con il contributo della Direzione Infermieristica e Tecnica e della Direzione Medica di Presidio, cui fa capo il Servizio Mortuario, ha visto la sua conclusione con l'adozione di una nuova mappatura dei processi e delle aree di rischio. L'analisi è stata condotta partendo dall'importante modifica organizzativa del servizio introdotta nel 2022 a seguito dell'adozione della Deliberazione n. 179 del 11/08/2022 di "Approvazione del regolamento per l'accesso e per le attività di pertinenza del personale dipendente dell'Azienda Usl di Imola e delle imprese di onoranze funebri che svolgono nelle camere mortuarie di Imola e Castel San Pietro Terme". Le nuove mappature sopra illustrate, vanno ad aggiungersi alle precedenti, illustrate nella Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023-2025. Per le restanti aree di rischio e singoli ambiti aziendali che non sono ancora stati oggetto di riesame, si fa ancora riferimento alle mappature allegate al PTPCT 2022-2024, dove i processi ed i rischi sono identificati in funzione dell'area di rischio, generale o specifica, come definite nel PNA 2013 e PNA 2015.

Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto. Nel corso del 2023 si è dato, infatti, avvio all'aggiornamento della mappatura dei processi e valutazione dei rischi attinenti all'area dei contratti pubblici, intervenendo solo per le fasi di specifica competenza delle Aziende e non per quelle gestite da Intercenter. Il Gruppo di Lavoro, a seguito di confronto con i professionisti delle varie Aziende coinvolte, ha elaborato una mappatura che è in corso di condivisione in sede aziendale, per essere poi formalmente adottata nel corso dei prossimi mesi. Inoltre, è stata condivisa nell'ambito del Tavolo RPCT AVEC/AUSL Romagna la volontà di costituire tre diversi gruppi di lavoro con l'obiettivo, nel corso del 2024, di aggiornamento della mappatura dei processi (Informatici, con analisi dei disagi dovuti ad episodi di hackeraggio, la manutenzione degli strumenti elettronici e cyber security; relativi alle liste di attesa e relativi al DSM-DP, al fine di arricchire l'analisi del rischio dei processi anche di area sanitaria).

Si segnala che il Codice di comportamento nazionale (DPR 16 aprile 2013, n. 62) è stato oggetto di recenti modifiche apportate dal DL 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79 e dal DPR 13 giugno 2023, n. 81 che hanno modificato l'art. 54 del D. Lgs. n.165/2001. Le modifiche hanno riguardato, principalmente, l'inserimento di disposizioni dedicate al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione; alla formazione obbligatoria sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico; alla responsabilità dei dirigenti per la crescita dei propri collaboratori e per il benessere organizzativo nonché ai criteri di misurazione e valutazione della performance.

A livello regionale un apposito gruppo di lavoro ha elaborato una proposta di nuovo Schema tipo del Codice di comportamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale, in coerenza con le nuove disposizioni nazionali, che la Giunta Regionale ha adottato con delibera n. 1956 del 13 novembre 2023.

Il nuovo schema tipo di Codice di Comportamento aziendale è stato pubblicato sul sito internet dell'AUSL di Imola (su "Amministrazione Trasparente" e nelle news in primo piano), oltre che nella intranet aziendale, al fine di dare avvio alla procedura aperta di consultazione. Inoltre, ai fini della massima trasparenza, è stata data informativa alle organizzazioni sindacali dell'aggiornamento del Codice e dell'apertura della relativa procedura di consultazione pubblica, allegando lo schema tipo elaborato in sede Regionale.

Decorso il termine della procedura di consultazione e preso atto che non è pervenuta alcuna osservazione da parte degli stakeholders, il testo aggiornato della proposta del Codice di Comportamento della AUSL di Imola è stato sottoposto al preventivo parere obbligatorio dell'OIV-SSR, come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, che in data 16/1/2024 si è espressa con "parere favorevole" all'approvazione. Al termine dell'iter previsto dalla normativa, con deliberazione n. 20 del 29/1/2024, il Direttore Generale ha approvato il "Codice di Comportamento per il personale operante presso l'Azienda Usl di Imola" e la relativa Relazione illustrativa di accompagnamento. L'attuale codice di comportamento dell'AUSL di Imola ed è pubblicato sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Disposizioni Generali – Atti Generali.

La Relazione per l'anno 2023 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del RPCT, entro il termine del 31/01/2024 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 08/11/2023.

La verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 203 del 17/05/2023 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità", ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti.

L'OIV della RER ha effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle Unità operative interessate, verificati positivamente e trasmessi dall'OAS aziendale. La verifica dell'OIV ha avuto esito positivo e, con proprio provvedimento n. 1103297 del 07.11.2023, in atti al prot. n. 36211 del 08.11.2023, ha attestato la veridicità e l'attendibilità in ordine alla corretta pubblicazione, all'aggiornamento, alla completezza e all'apertura del formato di

ciascun documento selezionato ai sensi della delibera n. 203/2023, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

Con nota prot. n. 33719 del 17/10/2023, in atti del Servizio, il RPCT ha avviato il procedimento di ulteriore verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/10/2023, come previsto nella Sottosezione "Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025.

Come negli anni precedenti si è dato corso alla acquisizione delle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento, che hanno riguardato il personale della dirigenza e del comparto, in modalità telematica, tramite il Portale per i dipendenti. Relativamente all'obiettivo indicato nella delibera regionale, si ritiene di avere pienamente rispettato il target, con una percentuale di risposta pari al 90,25% fra conferme delle dichiarazioni precedenti e nuove dichiarazioni.

Inoltre, l'AUSL di Imola ha partecipato alla Giornata del Trasparenza, promossa dalle aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese e dalla AUSL della Romagna, e organizzata dall'IRCCS AOU di Bologna in modalità di webinar, nella giornata del 07.02.2024, ad oggetto "Trasparenza nella gestione dei progetti PNRR strumenti e controlli".

Obiettivo: Implementare la funzione aziendale di Audit

La LR 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter "Sistema di audit interno", consolida quanto già previsto nella LR 23 dicembre 2004, n. 29, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale. Con deliberazione n. 254 del 22.12.2022 l'AUSL di Imola ha istituito la funzione di Audit interno ai sensi della L.R. n. 9/2018 che modifica e integra la L.R. n. 29/2004.

L'AUSL di Imola partecipa ai lavori del Nucleo Audit Regionale attraverso n. 2 componenti aziendali individuati nel Responsabile della Programmazione e Controllo e nel Responsabile della Prevenzione Rischi Corruttivi e Trasparenza. La funzione di Audit interno è affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori preposti a funzioni di staff aziendali, già operanti nel presidio di rischi aziendali specifici, coordinato dal componente aziendale del Nucleo Audit Regionale.

L'organizzazione del Board prevede che i componenti possano operare congiuntamente e/o disgiuntamente, a seconda delle aree oggetto di auditing, adottando modalità di approccio che garantiscano l'applicazione dei principi di obiettività professionale, integrità, riservatezza, garantendo l'astensione nelle attività di valutazione del sistema di controllo afferente al settore/servizio nel quale è incardinato il singolo componente. Il Board aziendale ha la finalità di garantire la funzione di Audit interno, quale presidio di terzo livello, ad integrazione dell'*Assurance* fornita dagli altri livelli di presidio aziendale dei rischi. Nella fase di start up si è ritenuta prioritaria l'azione a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi. L'attività svolta nel 2023, ha riguardato:

- La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida regionali inerenti alla definizione di un sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC", approvate dalla Regione con Determinazione n. 23188 del 6.11.2023.
- La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale".

Nel 2023 la funzione Audit ha condotto attività di verifica, mediante le seguenti azioni:

- "Riconoscimento e presa d'atto del complesso dei Progetti PNRR-PNC in ambito aziendale con Analisi dell'Assetto di Governance Aziendale, individuando i controlli di 1°, 2° e 3° livello nell'ambito della gestione PNRR-PNC. Il relativo Verbale è stato inviato alla Direzione Generale con prot. in atti 3113 del 30.1.2024.
- Attività di verifica sulle procedure di acquisizione (checklist 5.1 e 5.2) e sulla verifica dei documenti contabili di cui alle linee guida regionali in atti protocollo 36632 del 13.11.2023, effettuate a campione in relazione allo stato di avanzamento del progetto in termini di spesa al 31.12.2023 ed almeno 1 progetto per RUP. I Verbali di verifica sono stati trasmessi alla Direzione Generale con note in atti prot. 10953 del 29.3.2024 e prot. 10954 del 29.3.2024.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 818 | % centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale | 54,86 | 65,23 | 68,95 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | 62,40 | 62,23 | Indicatore di osservazione (Fonte Intercent-ER) |
| 405 | % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza | 100 | 100 | 99,8 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | ND | ND | Indicatore di osservazione (Fonte Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione) |

3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo

3.3.1 Sotto sezione: Sviluppo organizzativo e formazione

Obiettivo: Valorizzazione del capitale umano

L'AUSL di Imola riconosce l'importanza strategica del proprio capitale professionale e negli ultimi anni diversi sono stati gli interventi volti a qualificare il rapporto di lavoro in un'ottica di migliore ed efficiente organizzazione del lavoro, rivolta ad assicurare qualità dei servizi erogati ai cittadini, maggiore trasparenza ed integrità dell'agire pubblico nonché a definire un sistema basato sulla valorizzazione delle proprie risorse umane.

Sistema di valutazione integrata delle performance. Il sistema di valutazione dell'AUSL di Imola è disciplinato dal "Regolamento Sistema di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", di cui alla Deliberazione n. 136 del 22.6.2018, in linea con quanto disposto in materia dall'OIV-SSR, da ultimo secondo le Linee Guida n. 1/2022, prot. RER 0641755 del 18.7.2022.

Discende da tale impianto la "Guida alla valutazione del personale – AUSL di Imola" (in atti Prot. 0007818 del 01/03/2022) che, nell'ambito del percorso regionale di rafforzamento del sistema integrato di valutazione del personale, ha lo scopo di illustrare, in modo chiaro e sintetico la struttura ed i contenuti del sistema di valutazione attualmente vigente in azienda, ai dipendenti sia nella veste di valutatori che di valutati.

Piano di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione 2023 2025. In riferimento alla nota in atti prot. 25312 del 26/07/2023 "Trasmissione Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", ed in coerenza alle "Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie" (Prot. RER 18/07/2022 0641755.U), l'AUSL di Imola ha predisposto il proprio "Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", quale percorso strutturato aziendale di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, approvato con deliberazione n. 212 del 30/10/2023. Il Piano fissa obiettivi specifici nel periodo triennale, la cui realizzazione viene rilevata tramite indicatori declinati nel Piano e un confronto periodico sullo stato di avanzamento e sulle eventuali criticità riscontrate. In coerenza con le indicazioni regionali, l'AUSL di Imola, nel corso del triennio, si prefigge, il progressivo passaggio del Sistema di valutazione aziendale del personale al modulo valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale, realizzando le azioni necessarie per utilizzare il SW GRU Nuova Versione Regionale per tutti i Profili e tutte le tipologie di valutazione previste dal Sistema di valutazione integrata aziendale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale. Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)", partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale. A partire dal 2023 l'Azienda contribuirà all'implementazione e

messa a punto del nuovo Modulo di valutazione modulo GRU Valutazione 2.0, in particolare per i primi step che prevedono l'implementazione ed utilizzo del modulo suddetto per quanto riguarda la performance individuale annuale del comparto. Tali attività verranno affiancate da momenti formativi per l'apprendimento diffuso dell'utilizzo del modulo valutativo rivolto al personale apicale con funzioni di valutazione delle proprie risorse umane.

Formazione aziendale. L'anno 2023 registra la piena ripresa delle attività formative terminate le misure di prevenzione e contrasto alla diffusione della pandemia da Sars-Cov-2 nelle modalità di partecipazione e di erogazione. I volumi di attività segnalano una complessiva importante ripresa dell'attività formativa soprattutto per la tipologia di formazione FAD che è divenuta, dopo la sollecitazione generata dal periodo pandemico, una opportunità consolidata. Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi, e nel rispetto delle disposizioni aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la Tecnostruttura lavora in stretta collaborazione con i dipartimenti e con le configurazioni dell'azienda e si interfaccia con i dipartimenti con la rete dei referenti per la formazione delle professioni sanitarie e si avvale di una rete di tutors.

La Tecnostruttura Formazione è articolata nei Nuclei Operativi di:

- Formazione continua e Provider ECM;
- Formazione universitaria;
- Formazione a favore di esterni;
- Supporto Amministrativo e Segreteria generale.

L'attività si sviluppa in contesti logisticamente differenziati e le risorse umane dedicate alla gestione dei processi in carico allo Staff Formazione sono, in diversi casi, condivise con altri Dipartimenti.

Formazione continua. La percentuale di eventi realizzati sui programmati inseriti a PAF è stata pari al 70%, sotto la soglia attesa a piano pari al 75%. Il risultato registrato ha generato la necessità di sostenere maggiormente i Dipartimenti nella fase di pianificazione del PAF 2024 per valutare ulteriormente il livello di compatibilità organizzativo con la formazione inserita a piano.

Il Provider AUSL di Imola ha realizzato n. 287 corsi rivolti al personale dipendente (vs i n. 250 dell'anno precedente) che hanno dato origine a complessive n. 420 edizioni (vs 396 del 2022).

La formazione continua è riconosciuta come una variabile strategica di fondamentale importanza per sostenere i processi di cambiamento, sviluppare la qualità delle prestazioni erogate dalle organizzazioni e garantire un ambiente di lavoro stimolante. Ciò che caratterizza la formazione nelle aziende sanitarie è il bisogno di garantire la sua rapida spendibilità nella quotidianità lavorativa e pertanto deve essere integrata nei processi assistenziali, negli obiettivi di sistema e nelle strategie di governance delle aziende sanitarie. La formazione blended si colloca in questa direzione perché permette di coniugare ed ottimizzare i bisogni diversi espressi da tutti i soggetti coinvolti (organizzazione e professionista).

L'esperienza maturata negli ultimi anni, anche a seguito dei percorsi di implementazione della valutazione dell'efficacia della formazione realizzati, ha incentivato lo sviluppo di modalità di formazione alternative a

quella residenziale ed ha generato l'opportunità di sviluppare percorsi di blended learning che, integrando in una progettazione strutturata ed articolata tipologie di formazione diversificate.

Sono stati 4, articolati in 5 edizioni, gli eventi blended sottoposti a valutazione di trasferibilità e di impatto come evidenziato in dettaglio nella Tabella che segue.

| TITOLO | Tipologia | N° corsi | N° edizioni | Valutazione di Trasferibilità | Valutazione di Impatto |
|---|---------------------------|----------|-------------|-------------------------------|------------------------|
| FORMAZIONE PER NEO INSERITI NEL POLO ENDOSCOPICO | Blended (Res + Fsc) | 1 | 2 | si | si |
| PERCORSO DI APPRENDIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PROFESSIONISTA AFFERENTE ALL'AMBULATORIOTAV | Blended (Res + Fsc + Fad) | 1 | 1 | si | si |
| ALIMENTAZIONE E DISFAGIA NELL' ANZIANO NELLE STRUTTURE | Blended (Res + Fsc) | 1 | 1 | si | si |
| LA COMPETENZA TECNICO-PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE NELLA SOSTITUZIONE DEL GASTROTUBE/SONDA LOW-PROFILE | Blended (Res + Fsc) | 1 | 1 | si | si |

Per quanto attiene il gradimento espresso dai partecipanti agli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, i dati indicano una valutazione media di gradimento del corso pari a 2,60, in linea con gli anni precedenti.

Partecipazioni. Al 31 dicembre 2023 gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.322 dipendenti, su un totale di 1.887 (pari al 70%); 93 MMG a tempo indeterminato, 18 PLS, 24 Medici Specialisti ambulatoriali a cui si aggiungono 3 incarichi a tempo determinato e 2 incarichi provvisori; 7 Psicologi titolari e 2 incarichi a tempo determinato. Sono 11.546 le posizioni processate dal Provider AUSL di Imola nel 2023 (vs le n. 6.813 del 2022) come evidenziato in Tabella.

| Corsi interni 2023 | PARTECIPANTI | | ORE EROGATE | | ECM | |
|---|---------------|----------------|---------------|----------------|------------|----------------|
| | dipendenti | non dipendenti | dipendenti | non dipendenti | dipendenti | non dipendenti |
| ASSENTI | 635 | 256 | | | | |
| Totale Assenti | 891 | | | | | |
| Partecipazioni che NON hanno esitato in attestazioni | 442 | 117 | 2.110 | 567 | | |
| Totale Partecipazioni NO attestazioni | 559 | | 2.677 | | | |
| Partecipazioni con attestazione ECM o NON , SENZA FAD | 5.205 | 1.259 | 40.980 | 8.287 | | |
| Partecipazioni CON attestazione ECM o NON | 5.869 | 5.677 | 49.215 | 39.473 | 50.407 | 37.650 |
| Totale Partecipazioni processate | 11.546 | | 88.688 | | | |

Per quanto riguarda l'accesso, da parte delle qualifiche presenti in azienda, alla partecipazione ai corsi di formazione interna realizzati, complessivamente non si registrano criticità se non per alcune qualifiche professionali presenti in pianta organica in numero molto esiguo e per le quali la formazione esterna viene

valutata la modalità che soddisfa il fabbisogno espresso.

Per quanto concerne l'aggiornamento esterno fruito, sono complessivamente 659 (vs n. 489 del 2022) le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel corso del 2023, come riportato in Tabella.

| Tipologia Aggiornamento Esterno 2023 | N.ro partecipazioni |
|--|---------------------|
| OBBLIGATORIO ESTERNO | 552 |
| FACOLTATIVO CON CONCORSO NELLE SPESE | 1 |
| FACOLTATIVO | 106 |
| Totale | 659 |
| FORMAZIONE LIBERA "SPOT" (fruita a titolo personale) | 31 |
| FAD ESTERNA (no MED3- no E.LLABER) | 475 |
| FAD SINCRONA | 23 |
| Totale | 529 |
| FORMAZIONE ESTERNA SPONSORIZZATA E FRUITA A TITOLO PERSONALE | 14 |
| Totale | 1.202 |

Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base delle procedure aziendali in essere, sono state complessivamente 85 (vs le 72 del 2022). Sono state altresì registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a 529 le iniziative esterne fruita a titolo personale da parte dei professionisti soprattutto attraverso il ricorso alla FAD fruita attraverso canali diversi da quelli in essere in azienda.

Formazione a distanza (FAD). L'offerta di pacchetti di formazione FAD a livello aziendale avviene attraverso tre canali: il Consorzio MED3, di cui l'AUSL di Imola è componente, il Portale Federato SELF della Regione Emilia-Romagna per la P.A. ed il Portale regionale E-LLABER. Nel 2023 il ricorso a questa tipologia di formazione è aumentato, come pure il monitoraggio mirato sulla fruizione da parte dei professionisti dei pacchetti resi disponibili. Per quanto attiene l'utilizzo dei pacchetti di formazione disponibili sul Portale MED3, sono state attivate complessivamente n. 495 partecipazioni che hanno generato una erogazione di crediti ECM pari a 4.108 per tutte quelle concluse con esito positivo (+86 rispetto al 2022); sul Portale SELF-PA e E-LLABER sono stati attivati n. 42 eventi formativi obbligatori frequentati con esito positivo da n. 3.888 (vs 1.104 del 2022).

Crediti formativi. A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato nella sola formazione interna, per i dipendenti con obbligo ECM, è pari a 50.407 (vs i 35.135 del 2022) con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a 38. L'anno 2023 coincide con il primo anno del triennio ECM; il dato registrato non tiene conto dei riconoscimenti di crediti sul portale Cogeaps ai singoli professionisti per la costruzione del Dossier formativo e della eventuale

riduzione derivante dal triennio precedente e delle eventuali esenzioni e/o esoneri a cui potrebbero aver diritto i singoli.

Incarichi di docenza e Tutoraggio. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2023 per la realizzazione delle varie iniziative sono 485 (+135 rispetto al 2022), come sintetizzato nella Tabella che segue e che evidenzia altresì la valorizzazione per questa attività delle competenze già presenti all'interno del sistema sanitario regionale. Per la modifica intervenuta sul sistema ECM dal 2023 sono valorizzati, anche in termini di crediti ECM maturati, alcuni ruoli gestionali.

| Incarichi didattici per ruolo | Docenti | ORE | CREDITI |
|---|------------|--------------|--------------|
| Coordinatore/Responsabile scientifico FSC | 47 | 992 | 1287 |
| Docente interno | 215 | 2352 | 2650 |
| Esperto di contenuti FAD | 1 | 18 | 18 |
| Responsabile scientifico RES/FAD | 55 | 831 | 231 |
| Tutor interno | 53 | 1508 | 1213 |
| Coordinatore/Responsabile scientifico FSC esterno | 2 | 26 | 0 |
| Docente esterno | 103 | 1044 | 1474 |
| Responsabile scientifico RES/FAD esterno | 4 | 64 | 13 |
| Tutor esterno | 5 | 1098 | 150 |
| Totale | 485 | 7.933 | 7.036 |

Sono state erogate 7.933 ore di docenza (vs le 3.890 ore del 2022) e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione, corrispondenti a complessivi 7.036 crediti ECM (vs i 3.616 dell'anno precedente)

Costi. Complessivamente nel 2023, sono stati utilizzati fondi ordinari per un totale di € 332.394,00 comprensivi dei costi per la gestione del patrimonio bibliografico aziendale. Per quanto riguarda l'utilizzo del budget dedicato alla formazione, è stato speso oltre il 100% del budget assegnato. La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata in Tabella.

| Spesa formazione 2023 | Da budget | Da Fondi Vincolati | Totale |
|---------------------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| Aggiornamento Interno | 128.556 | 48.456 | 177.012 |
| Aggiornamento Esterno | 84.291 | 8.092 | 92.384 |
| Totale | 212.847 | 56.548 | 269.396 |
| Acquisizione patrimonio bibliografico | 119.546 | | 119.546 |
| Totale complessivo | | | 388.942 |

Funzione Provider. In base agli accordi regionali, che prevedono il coinvolgimento a rotazione di tutti i Provider regionali, anche l'AUSL di Imola ha svolto la Funzione Provider per alcuni eventi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Sono stati accreditati complessivamente n. 4 eventi articolati in 7 edizioni.

Formazione interna dei Medici convenzionati. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta hanno organizzato complessivamente n. 6 corsi che hanno registrato complessivamente n. 177 partecipazioni come evidenziato nella Tabella.

| Eventi formazione sviluppata con il Territorio | Tipologia evento | N. Edizione | N. Partecipanti |
|--|-------------------------|-------------|-----------------|
| ANTICOAGULANTI ORALI NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NOTA 97 | Formazione Residenziale | 1 | 65 |
| L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN AREA DERMATOLOGICA | Formazione Residenziale | 1 | 52 |
| LA FORMAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DI NUOVA ISTITUZIONE | Formazione Residenziale | 1 | 17 |
| ATTIVITÀ FISICA E ALIMENTAZIONE: L'IMPORTANZA DI PROMUOVERE UN SANO STILE DI VITA DALLA NASCITA ALL'ADOLESCENZA AGGIORNAMENTO IN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA | Formazione Residenziale | 1 | 13 |
| L'ORTOPEDIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA AMBULATORIALE | Formazione Residenziale | 1 | 16 |
| NUOVI APPROCCI DI DIAGNOSI E CURA DELLA SCOLIOSI | Formazione Residenziale | 1 | 14 |
| TOTALI | | 6 | 177 |

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale. Anche nel corso del 2023 lo Staff Formazione ha partecipato con regolarità alle attività del gruppo AVEC- Formazione, attraverso incontri online, secondo una pianificazione interna annuale e nell'ambito di gruppi di lavoro e confronto promossi dalla Funzione Formazione dell'ASSR, per confrontarsi nell'ottica di allineare i processi di formazione all'interno delle diverse aziende. In dettaglio oggetti di confronto sono stati: i PNRR progetti di formazione; la misurazione delle ricadute della formazione; ottimizzazione del corso di formazione manageriale per direttori di struttura complessa.

Formazione sviluppata con il Territorio. Importante è l'integrazione e la collaborazione con le Istituzioni/Strutture/Enti presenti sul Territorio su cui insiste l'AUSL di Imola. A questo proposito sono stati realizzati una serie di eventi formativi che hanno coinvolto le strutture residenziali per anziani e l'ASP sui temi specifici. Complessivamente sono state registrate n. 293 partecipazioni che hanno coinvolto Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi e volontari come riportato in Tabella.

| Eventi formazione sviluppata con il Territorio | Tipologia evento | Monte ore | N. Edizione | Partecipanti |
|---|---------------------------------|-----------|-------------|--------------|
| PROMUOVERE UNA CULTURA ORIENTATA ALLA PREVENZIONE E CONTRASTO DEGLI ABUSI NELLE RELAZIONI DI CURA | Formazione Residenziale (1-200) | 3:00 | 1 | 21 |
| TAVOLO DI COORDINAMENTO DELLE CRA | Gruppi di Miglioramento | 14:00 | 1 | 15 |
| GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA | Formazione Residenziale (1-200) | 4:00 | 1 | 22 |
| ALIMENTAZIONE E DISFAGIA NELL' ANZIANO NELLE STRUTTURE | Blended (Res + Fsc) | 4:00 | 1 | 27 |
| MOBILIZZAZIONE COME MEZZO DI PREVENZIONE PER L'OSPITE IN STRUTTURA | Formazione Residenziale (1-200) | 2:00 | 2 | 44 |
| ASPETTI RELAZIONALI ALL'INTERNO DELLE CRA | Formazione Residenziale (1-200) | 3:00 | 2 | 58 |
| PREVENIAMO LA CONTENZIONE IN STRUTTURA | Formazione Residenziale (1-200) | 3:00 | 2 | 88 |
| INFECTION PREVENTION CONTROL (IPC) LINK NURSES CRA ACCREDITATE | Gruppi di Miglioramento | 20:00 | 1 | 18 |
| TOTALI | | | 11 | 293 |

È proseguita anche l'attività formativa di mantenimento promossa e realizzata per le Scuole di ogni ordine e grado presenti sul territorio e dedicata al personale scolastico (insegnati, educatori, personale ATA) per la somministrazione di farmaci in orario scolastico in bambini/adolescenti affetti da patologia cronica nel rispetto della normativa vigente. Sono stati realizzati 4 eventi che hanno coinvolto 436 soggetti.

Risultati della Formazione. La valutazione delle attività di formazione continua a livello aziendale si esprime a diversi livelli sulla base del Regolamento della Formazione e delle procedure in essere. I dati relativi agli indicatori aziendali della Formazione 2023 sono stati presentati al Collegio di Direzione e discussi con la rete dei Referenti della Formazione. Report di dettaglio relativi ai dati sulla formazione all'interno del Dipartimento vengono elaborati in coincidenza con i monitoraggi degli obiettivi di Budget e rendicontati per la valutazione degli obiettivi stessi e preventivamente analizzati assieme ai Referenti della Formazione di Dipartimento e ai Direttori di Dipartimento. Il RAF viene presentato al Comitato Scientifico ed al Collegio di Direzione e successivamente il documento viene pubblicato nella pagina intranet dedicata allo Staff Formazione- sezione documenti. In relazione alle Aree prioritarie individuate dal Collegio di Direzione per l'anno 2023, un primo livello di valutazione riguarda la dimensione quantitativa delle iniziative sviluppate per rispondere agli obiettivi strategici. Per ognuno degli obiettivi strategici identificati nel PAF di riferimento, sono stati, nella Tabella che segue, ricondotti il numero di eventi realizzati, le complessive ore programmate, il numero di dipendenti che hanno frequentato e quindi il numero di ore generato come investimento sui contenuti afferenti all'obiettivo.

| OBIETTIVO STRATEGICO PAF 2023 | Formazione residenziale | | | | Formazione FAD asincrona | | | |
|---|-------------------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|--|---------------------------|
| | N. EDIZIONI realizzate | N. ore programmate | N. Totale dipendenti Partecipanti | N. ORE totali frequentate | N. EDIZIONI realizzate | N. ore programmate | N. Partecipazioni FAD E-Ilaber e MED3 obbligatorie | N. ORE totali frequentate |
| Sicurezza delle cure/gestione del rischio | 27 | 140,5 | 380 | 1.782 | 12 | 72 | 2.249 | 11.841 |
| Assistenza sanitaria territoriale | 21 | 226 | 429 | 3.425 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Digitalizzazione e informatizzazione | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | - | 78 | - |
| Piano Regionale della Prevenzione | 1 | 4 | 20 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reti aziendali | 18 | 271 | 372 | 10.974 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALI | 67 | 642 | 1.201 | 16.261 | 39 | 72 | 2.327 | 11.841 |

Sono da ricondurre a eventi formativi allineati agli obiettivi strategici: il 25% degli eventi realizzati; il 60% delle partecipazioni ed il 40% delle ore frequentate in presenza (le ore di fruizione della formazione FAD non sono causalizzate). Nel corso dell'anno, sono stati oggetto di visita da parte dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua in sanità, i seguenti eventi: "Laboratorio didattico intensivo sull'igiene delle mani" e "Percorso di apprendimento: valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione; valutazione delle lesioni cutanee e utilizzo delle medicazioni avanzate". I verbali di visita hanno evidenziato diversi elementi qualificanti da punto di vista qualitativo, l'offerta formativa erogata osservata.

Gli obiettivi per il 2023 hanno mantenuto costante l'attenzione alla progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione.

Insieme all'analisi dei bisogni formativi, la valutazione è giudicata la fase più importante del processo formativo perché rappresenta la conseguenza logica di tutto il percorso formativo, il cui fine ultimo è l'apprendimento/cambiamento. Unitamente alla Rete dei Referenti della Formazione di Dipartimento è stato ritenuto opportuno formalizzare all'interno di una Procedura aziendale il processo di valutazione di efficacia e quindi nel settembre 2023 è stata pubblicata la PR "Valutazione dell'efficacia della formazione".

Insieme all'analisi dei bisogni formativi, la valutazione è giudicata la fase più importante del processo formativo perché rappresenta la conseguenza logica di tutto il percorso formativo, il cui fine ultimo è l'apprendimento/cambiamento. Tale strumento, applicato su alcuni eventi valutati strategici a livello Aziendale o Dipartimentale, consente di monitorare l'intero processo formativo.

Nel corso dell'anno 2023, ogni Dipartimento ha sviluppato almeno su una iniziativa formativa la progettazione di valutazione di ricaduta. Negli eventi valutati si evidenzia l'ancoraggio all'obiettivo strategico del Dossier di gruppo di riferimento o all'obiettivo strategico aziendale, il livello di valutazione indagato con i metodi e gli strumenti utilizzati. Il dettaglio dell'esito dei percorsi di valutazione è pubblicato per competenza, nelle singole Relazioni annuali di Dipartimento e consultabile agli atti presso lo Staff Formazione. Sono n. 8 gli eventi formativi sottoposti a valutazione di impatto e che hanno coinvolto i 6 Dipartimenti Aziendali, 1 Direzione Tecnica e 1 Staff di Direzione. Il quadro di sintesi dei percorsi di valutazione è pubblicato nel Rapporto Annuale della Formazione e il dettaglio dell'esito sui singoli eventi è consultabile agli atti presso lo Staff Formazione.

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti. Consolidata e stabile la collaborazione anche nel corso del 2023 con gli Istituti di istruzione secondaria presenti sul territorio per i percorsi PTCO e per accogliere con borse estive n. 24 studenti meritevoli dei 4° e 5° anno. Per quanto riguarda l'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio-Sanitario (OSS), nel 2023 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - agli Enti di Formazione Professionale della Provincia di Bologna e all'Istituto Paolini Cassiano per la realizzazione dei percorsi di prima formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, accogliendo in stage complessivamente n. 56 allievi. In tutte le sopraccitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso propri professionisti dipendenti. Oltre ai Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, nel 2023 è stato attivato Corso di Alta Formazione in Assistenza Infermieristica in endoscopia digestiva e un Master in Endoscopia Avanzata di II livello, in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna.

Corsi di Laurea. La cornice di riferimento è il rapporto consolidato di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, ed in particolare con il Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche e il Dipartimento di scienze biomediche e neuromotorie, a cui afferiscono i 5 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione). Per i primi due corsi, l'Azienda è sede formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti tre è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio). È stato aggiornato sulla base di quanto definito nel Regolamento per la costruzione dell'Albo Aziendale dei Tutor di Tirocinio per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di 1° livello, l'Albo aziendale reso pubblico sulla pagina intranet dedicata.

La Tabella evidenzia la distribuzione degli studenti nei diversi Corsi di Laurea presenti in Azienda che registra una flessione (-92 unità vs anno precedente), in linea con quanto già osservato a livello nazionale ed anche europeo e legato alla più complessiva diminuzione di attrattività che stanno riscontrando le Professioni Sanitarie nei giovani.

| Corsi di laurea | N. studenti A.A. 2022/2023 | N. studenti A.A. 2023/2024 |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Fisioterapia | 59 | 60 |
| Infermieristica | 222 | 203 |
| Educazione Professionale | 196 | 130 |
| Tecniche della Prevenzione | 63 | 53 |
| Magistrale Scienze della Prevenzione | 32 | 34 |
| Totale complessivo | 572 | 480 |

Sono stati stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici (n. 12) assegnati per i corsi di Laurea attivati nel 2023, dettagliati in Tabella, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

| Corsi di laurea 2023 | Ruolo | N.ro incarichi | Impegno nell'attività |
|--|--|----------------|---------------------------------------|
| Infermieristica | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 3 | 36 ore/settimana |
| Fisioterapia | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 36 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 1 | 36 ore/settimana (distacco da M.R.I.) |
| Educazione Professionale | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 2 | 36 ore/settimana 12 ore/settimana |
| Tecniche della Prevenzione | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 18 ore/settimana |
| | Coordinatore didattico di anno in corso | 1 | 36 ore/settimana |
| Magistrale in Scienze della Prevenzione | Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti | 1 | 12 ore/settimana |
| TOTALE | | 12 | |

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 32 unità, affiancati da alcuni docenti esterni provenienti dalle Aziende metropolitane e n. 18 da Montecatone R.I. e altresì ulteriori n. 40 professionisti coinvolti, nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia. Con DGR 2189 del 18/12/2023 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2023 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 1.047.005,69, cifra che include le risorse pari a € 209.569,23 riconosciute all'Azienda sanitaria sulla base dell'Accordo attuativo del 23 settembre 2020, siglato dall'Assessore alle Politiche per la Salute e CGIL - CISL - UIL, sull'utilizzo del 25% del fondo al fine di qualificare il sistema della formazione universitaria di base e post base per la partecipazione ad essa da parte del personale del SSR, aspetto che sarà garantito nei prossimi mesi.

Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie attività, sia dirette che indirette, ai percorsi formativi sono completamente coperti dal finanziamento regionale ricevuto.

Sulle disponibilità economiche residue vengono effettuati interventi manutentivi e di potenziamento delle attrezzature nelle aule che ospitano le lezioni dei corsi di laurea. Considerando l'Azienda in termini di sistema continua ad essere di fondamentale importanza, quale strumento di promozione e trasformazione della cultura professionale e aziendale, l'investimento nella formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di Coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di tutor di tirocinio all'interno dei servizi sedi di tirocinio curricolare degli studenti. Rilevante il coinvolgimento di tutti coloro che

collaborano alla gestione dei Corsi di Studio attivati, per garantire i processi di Quality Assurance di cui è investito l'Ateneo. Importante l'investimento che è stato avviato sul versante della ricerca all'interno dei Corsi di Laurea e di cui si incominciano ad apprezzare i primi risultati in termini di pubblicazioni su riviste scientifiche di settore. Nel 2023 sono stati rivisti nuovamente i percorsi per l'attribuzione degli incarichi di docenza e questo ha reso necessario potenziare gli incontri con la sede centrale dell'Università e con le Aziende sanitarie di Bologna per uniformare i percorsi. Sono stati accolti in Azienda in tirocinio, all'interno del Progetto Erasmus in ingresso n. 2 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, provenienti dall'Università di Saragozza.

Specializzazioni. Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali e dei modificati assetti organizzativi aziendali, l'attività formativa vede complessivamente nel 2023 presenti n. 201 medici in formazione specialistica (+8 rispetto all'anno precedente), anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione.

| Scuola di Specializzazione | Università | N.ro Medici |
|---|------------------------|-------------|
| Anestesia, rianimazione, Terapia intensiva e del Dolore | Bologna | 28 |
| Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore | Modena e Reggio Emilia | 8 |
| Anatomia Patologica | Bologna | 2 |
| Chirurgia Generale | Bologna | 8 |
| Chirurgia Generale | Verona | 1 |
| Genetica Medica | Bologna | 8 |
| Geriatria | Bologna | 7 |
| Ginecologia e Ostetricia | Bologna | 10 |
| Igiene e Medicina Preventiva | Bologna | 2 |
| Malattie dell'apparato cardiovascolare | Bologna | 35 |
| Malattie Infettive e Tropicali | Bologna | 2 |
| Malattie dell'apparato digerente | Bologna | 5 |
| Malattie dell'apparato digerente | Salerno | 1 |
| Medicina di Comunità e Cure Primarie | Modena e Reggio Emilia | 1 |
| Medicina di Emergenza Urgenza | Bologna | 20 |
| Medicina del Lavoro | Bologna | 1 |
| Nefrologia | Bologna | 4 |
| Oculistica | Bologna | 6 |
| Ortopedia e Traumatologia | Bologna | 7 |
| Otorinolaringoiatria | Bologna | 4 |
| Pediatria | Bologna | 19 |
| Psichiatria | Bologna | 10 |
| Radiodiagnostica | Bologna | 3 |
| Sanità veterinaria | Bologna | 1 |
| Urologia | Bologna | 8 |
| Totale complessivo | | 201 |

Si evidenzia altresì l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e del Consultorio Familiare nella formazione degli Psicologi, che ha visto la presenza di n. 44 Psicologi (+4 rispetto al 2022) provenienti da Scuole di Specializzazione del territorio regionale ed extra regionale.

Altri tirocini. Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, come descritto nella seguente Tabella.

| Corso di Studio | N.ro Studenti |
|--|---------------|
| Dietistica | 2 |
| Tecnico Radiologia | 5 |
| Tecnico Neurofisiopatologia | 3 |
| Economia e diritto | 1 |
| Fisiopatologia cardiocircolatoria | 1 |
| Medicina e chirurgia | 1 |
| Ostetricia | 8 |
| Psicologia | 5 |
| Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative Professioni Sanitarie | 1 |
| Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche | 1 |
| Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie tecniche diagnostiche | 2 |
| Master Autismo: valutazione trattamento e interventi Evidence Based Clinico | 1 |
| Master l'Infermiere di Famiglia e di Comunità | 2 |
| Master Management | 15 |
| Master Sanità pubblica e cure primarie | 1 |
| Master Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria | 2 |
| Master Programmazione e gestione del servizio sociale | 1 |
| Master wound care basato su prove di efficacia | 1 |
| Biotecnologie mediche | 3 |
| Ortottica e Oftalmologia | 1 |
| Rischio Infettivo correlato all'assistenza | 1 |
| Totale complessivo | 58 |

Anche i medici convenzionati dell'AUSL di Imola - in particolare i Medici di Medicina Generale - hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2023 risultano 4 i MMG che hanno accolto complessivamente n. 22 tirocinanti. Presso il Presidio Ospedaliero sono stati accolti altri tirocinanti medici per un totale di 15 tirocinanti: 6 hanno frequentato il tirocinio in Medicina Generale e 9 hanno svolto frequenze volontarie.

3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità

3.4.1 Sotto sezione: Economico-finanziaria

Obiettivo: Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

Al fine di garantire la sostenibilità ed il governo dei servizi, L'AUSL di Imola ha assicurato, nel corso del 2023, la gestione economico-finanziaria, nell'osservanza dei principi contabili dettati in materia sanitaria.

La gestione nel suo complesso è stata orientata alla appropriata gestione della spesa secondo gli indirizzi di programmazione regionali, senza con ciò pregiudicare la piena erogazione dei LEA. Particolare impegno è stato indirizzato al perseguimento degli obiettivi di spesa assegnati dalla Regione, mediante un costante monitoraggio degli andamenti dei fattori produttivi oggetto di assegnazione di budget, nonché della gestione economica nel suo complesso, rappresentata mediante riscontri di monitoraggio bimestrali con livello regionale. Parimenti l'impegno è stato indirizzato all'impianto ed al monitoraggio degli obiettivi operativi aventi riflesso sull'andamento economico.

In tale contesto è stato garantito il rispetto delle tempistiche bimestrali di monitoraggio dell'andamento economico, nonché la predisposizione ed invio dei CE trimestrali, unitamente alle ulteriori specifiche rendicontazioni richieste (CE COV Conto Economico costi covid – CE UCRA Conto Economico emergenza Ucraina – Costi PANFLU – CE PNRR Conto Economico PNRR – Costi Alluvione). Sono, inoltre, state presentate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR. Nel 2023 è proseguito l'impegno al consolidamento del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, in conformità alle disposizioni del D.Lgs n. 231/2002 e s.m.i (pagamenti entro i 60 gg). È stata, altresì, presidiata la corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) per garantire tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori. La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016. In continuità con gli anni precedenti è stata monitorata l'implementazione dei nuovi sistemi di controllo sulla "tripletta di identificazione", il rispetto delle tempistiche di liquidazione fatture, ed il rispetto delle scadenze di pagamento previste contrattualmente, anche attraverso il corretto utilizzo delle sospensioni fatture, in caso di non conformità nella fornitura di beni o erogazione di servizi.

Si riporta di seguito l'indicatore dei tempi di pagamento, monitorato su SIVER relativo al **PIAO 2023 2025 – Sostenibilità economico Finanziaria:**

- (**IND220**) "Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti". Target: ≤ 0 . Risultato atteso aziendale: miglioramento std medio aziendale.

Per l'AUSL di Imola nel 2023 il tempo medio dei pagamenti risulta pari a -10 giorni; nel 2022: -17 giorni; nel 2021: -4 giorni.

È stato, inoltre, garantito il rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2023. La compilazione di tali tabelle costituisce

adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero Economia e Finanze.

Di seguito si riportano gli altri indicatori della sotto sezione **Sostenibilità Economico Finanziaria**, monitorati nell'ambito del **PIAO 2023 2025**.

- (**IND365**) "% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza". Risultato atteso aziendale: \geq STD medio RER.

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta una % pari a 89,33% vs 88,60% del 2021. Il valore medio regionale 2023 risulta pari al 89,61%.

- (**IND732**) "Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)". Risultato atteso aziendale: \leq Anno 2022.

Nel 2023 l'Azienda presenta una spesa farmaceutica pro-capite pari a 193,62 che presenta un incremento rispetto al 2022 (191,37). La spesa farmaceutica territoriale pro capite media regionale risulta pari a 192.

- (**IND363**) "Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico". Target RER: \geq 95. Risultato atteso aziendale: \geq std RER.

Il tasso 2023 per l'AUSL di Imola risulta pari a 106,78, in pieno target e in miglioramento rispetto al tasso 2022 del 103,5. Nel 2023 il tasso di copertura a livello regionale risulta pari a 95,77.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria

| IND | Indicatore | valore Aziendale 2020 | valore Aziendale 2021 | valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato atteso aziendale 2023 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 220 | Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti | -24 | -4 | -17 | - | MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE | -10 | - | (Protocollo RER) |
| 365 | % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza | 86,35 | 88,31 | 88,60 | - | > = STD MEDIO RER | 89,33 | 89,61 | (Flusso AFT) |
| 732 | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta) | 185,92 | 186,51 | 191,37 | - | < = ANNO 2022 | 193,62 | 192,00 | Flussi AFT e FED |
| 363 | Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico | 88,57 | 96,37 | 103,50 | > = 90 | > = STANDARD RER | 106,78 | 95,77 | (Flusso DiMe e Piano dei Conti) |

| IND | Indicatore | valore Aziendale 2020 | valore Aziendale 2021 | valore Aziendale 2022 | Risultato Aziendale 2023 | Risultato Regionale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 877 | Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | 13,14 | 13,47 | 13,02 | 14,47 | 18,63 | (Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie) |
| 878 | Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | 38,84 | 39,17 | 39,26 | 39,13 | 29,66 | (Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie) |
| 879 | Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | 8,46 | 8,82 | 9,96 | 8,78 | 11,67 | (Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie) |
| 880 | Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | 37,29 | 37,27 | 36,35 | 36,54 | 38,36 | (Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie) |

3.4.2 Sotto sezione: Investimenti e PNRR-PNC

La programmazione degli investimenti è contenuta nel Piano degli Investimenti triennale, annualmente aggiornato, che costituisce parte integrante del Bilancio Economico Preventivo annuale.

Obiettivo: Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico

Il piano degli investimenti dell'anno 2023 dell'AUSL di Imola, rendicontato e rappresentato in forma tabellare nella "Relazione sulla gestione" del Bilancio di Esercizio 2023, viene di seguito illustrato, evidenziando i principali interventi.

Interventi in progettazione al 31/12/2023. Tra gli interventi prioritari dell'AUSL di Imola, è presente l'"Intervento di nuova costruzione, realizzazione della nuova camera mortuaria di Imola, Ospedale di Imola, via Montericco, 4" del quale, nel 2023, sono stati redatti il Documento preliminare alla progettazione e il Documento delle Alternative Progettuali, oltre al Progetto di fattibilità tecnica ed economica. L'intervento è finanziato, per un importo di € 3.000.000,00, con il Piano di gestione 4 di cui al comma 14, art.1, della Legge n. 160 del 27 dicembre 2019 "Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese".

Per quanto riguarda l'intervento per il "Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica" e l'intervento per l'acquisto dei defibrillatori, nel 2023 sono stati redatti ed approvati gli specifici piani di fornitura ai fini dell'ottenimento del finanziamento.

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2023. Nel 2023 è stata completata la progettazione dell'intervento di "Ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola - I stralcio", intervento APC 34, avente quadro economico di € 3.000.000,00. Il Gruppo Tecnico Regionale ha valutato positivamente l'intervento e in data 27 novembre 2023 sono iniziati i lavori. L'intervento rientra nell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la V fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88.

Tra gli interventi strategici dell'AUSL di Imola è previsto l'"Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3). L'intervento era inizialmente finanziato con la quota regionale di € 3.500.000,00 (P.3) e una quota aziendale di pari importo derivante dalla permuta dell'area relativa all'immobile denominato "Silvio Alvisi" di proprietà dell'Azienda. Dopo lungo e complesso iter amministrativo relativo all'inserimento di tale area nel PSC comunale, la disponibilità di tali risorse è venuta meno. Attualmente sono in corso le verifiche con la Regione per l'ottenimento della copertura finanziaria dell'opera tramite le risorse statali ex Art. 20 Legge 67/88.

Per quanto riguarda i software, è in fase di conclusione l'intervento per lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e PRGLA.

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2023. Nel 2023 è stato concluso l'intervento n. 2023/2 che prevedeva l'acquisto di beni economici in sostituzione dei beni fuori uso, necessari al funzionamento dei servizi aziendali.

Interventi DL 34 2020. Per quanto concerne gli interventi previsti nel Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera, ed in particolare per l'adeguamento strutturale dell'Ospedale di Imola per posti letto di semintensiva e per spazi adeguati all'emergenza Covid 19 finanziati mediante ex art. 2 D.L. 34/2020, i lavori sono terminati nel 2022 e nell'anno 2023 sono stati contabilizzati gli importi relativi alla sola compensazione dell'aumento dei prezzi ai sensi dell'art. 1 septies del DL 73/2021.

Sono stati completati gli acquisti di attrezzature sanitarie e pertanto gli interventi di seguito indicati si ritengono conclusi (Interventi DL 34 2020 conclusi al 31/12/2023):

- Intervento 60 Realizzazione di 4 posti di semi – intensiva/UTIC per pazienti infetti con aumento dei box con filtro e impianti, Ospedale di Imola, con quadro economico di € 289.635,79;
- Intervento 61 Realizzazione di 4 posti letto di semi – intensiva con spazi di pertinenza in Medicina d'urgenza, Ospedale di Imola, con quadro economico di € 457.206,45;
- Intervento 62 Realizzazione di 2 ambulatori per infettivi, 2 P.L. in obi per infettivi, con filtro, percorso di accesso, anche per mezzi di soccorso, e attesa dedicati Covid, con quadro economico di € 633.811,65.

Interventi previsti nel Piano investimenti realizzati o da realizzarsi con fondi esclusivamente aziendali. Relativamente agli interventi realizzati con fondi esclusivamente aziendale, nel 2023 sono terminati i lavori di Sostituzione di Tac (64 strati) presso l'Ospedale di Imola.

L'intervento è stato finanziato mediante fondi da donazioni. Per quanto concerne le tecnologie informatiche e sanitarie, nel corso del 2023, si sono limitati ai soli investimenti di manutenzioni evolutive di SW nell'ambito:

- Gestionale Analitica Amministrativo Contabile GAAC.
- Gestionale Risorse Umane GRU.
- Gestionale Dipartimenti Salute Mentale CURE.
- Gestionale Segnalazioni SEGNALER.

Obiettivo: Investimenti PNRR – PNC.

Assistenza Ospedaliera. Nel 2023 gli investimenti in tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR, effettuati per l'assistenza ospedaliera, hanno riguardato:

- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) mediante la sostituzione di un Mammografo digitale e 3 Ecocardiografi 3D, oltre che l'acquisizione di alcuni accessori indispensabili (sonde e SW specialistici) per gli Ecotomografi acquisiti nel 2022.
- Prosecuzione dell'attività per la Digitalizzazione DEA I Livello: Ospedale Civile Nuovo "Santa Maria della Scaletta" di Imola per la quale è stata sviluppato il progetto relativo agli aspetti di Cybersecurity e i successivi SAL del servizio di supporto alla progettazione.
- Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome - Risorse per il potenziamento dell'infrastruttura digitale, dove sono stati effettuati nel corso del 2023 investimenti per garantire l'adeguamento tecnologico del formato FSE 2.0 degli applicativi di gruppo A (lettera di dimissione, Verbale di Pronto Soccorso, referto di radiologia, Referto di Medicina di Laboratorio, Scheda di Singola Vaccinazione e Certificato Vaccinale).

Assistenza Territoriale. Per quanto concerne i seguenti interventi previsti dal PNRR, per il conseguimento delle milestone previste dallo stesso finanziamento (per le COT l'attivazione è prevista entro il secondo trimestre 2024 e per le Case della Comunità l'attivazione è prevista entro il secondo trimestre 2026), sono stati completati i lavori dei seguenti interventi:

- "Centrale Operativa Territoriale di Imola - Manutenzione straordinaria".
- "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria".

Per i seguenti interventi sono stati affidati i servizi tecnici, effettuate le progettazioni definitive che al 31/12/2023 erano oggetto di verifica:

- "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio".
- "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria".
- "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria".

Per quanto riguarda l'intervento, sotto richiamato, finanziato con fondi PNC, è stata conclusa ed approvata la progettazione ed avviati i lavori in data 27 novembre 2023, nel rispetto della milestone ministeriale che prevedeva l'inizio dei lavori entro il 2023:

- "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio".

Nel 2023 gli investimenti in tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR, effettuati per l'assistenza territoriale, hanno riguardato:

- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) con fondi PNRR per l'acquisizione di alcuni accessori indispensabili (SW specialistici) per l'ecotomografo di ambito ginecologico acquisito nel 2022.

- Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali. Nel corso del 2023 sono stati realizzati investimenti sul SW aziendale GARCIA per garantire il nuovo Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa (SIAR).

Consuntivo Investimenti 2023. Per una più dettagliata rappresentazione del Piano investimenti 2023 si rimanda alle tabelle riportate nella Relazione al Bilancio di Esercizio 2023, con evidenza delle fonti di finanziamento.

Di seguito in base al **PIAO 2023 2025 – Sostenibilità Investimenti**, si riportano due indicatori monitorati su piattaforma SIVER e tre indicatori da fonte aziendale, previsti nella sotto sezione "Sostenibilità Investimenti" del PIAO.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti

| IND | Indicatore | Valore Aziendale 2020 | Valore Aziendale 2021 | Valore Aziendale 2022 | Valore Regionale (Target) | Risultato Aziendale 2023 | Note / Fonte Dati |
|-------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| | % Rispetto del Piano Investimenti | 58,94 | 110,56 | 138,27 | - | 246,74 | BILANCI PREVISIONE E BILANCI DI ESERCIZIO |
| | % Grandi apparecchiature con età < 10 anni | 80,00 | 66,00 | 66,00 | - | 71,42 | LIBRO INVENTARIARIO |
| | % Investimenti in tecnologie informatiche | 130,67 | 12,70 | 60,69 | - | 67,00 | BILANCI DI ESERCIZIO |
| 977 | % Risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR) | - | - | 40,95 | 90 | 76,36 | BILANCI DI ESERCIZIO |
| 1099 | % Risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR) | - | - | 100,00 | 70 | 100 | BILANCI DI ESERCIZIO |

3.4.3 Sotto sezione: Sostenibilità ambientale ed energetica

Obiettivo: Azioni per lo sviluppo sostenibile

In materia di sostenibilità l'Azienda è intervenuta nel rispetto degli indirizzi regionali sotto riportati.

Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR. L'Azienda partecipa al progetto regionale di comunicazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR), per orientare i comportamenti individuali verso la riduzione degli sprechi. Il progetto ha lo scopo di comunicare pubblicamente quali azioni sono state realizzate dalla Regione e dalle Aziende sanitarie per ridurre gli impatti ambientali e quali comportamenti può adottare ciascuno di noi per contribuire a ridurre gli sprechi e gli impatti negativi su clima, ambiente e salute. L'obiettivo è di quantificare i risultati raggiunti, stimare i benefici attesi dalle nuove attività introdotte e stimolare il coinvolgimento delle persone che frequentano e lavorano nelle strutture sanitarie, per ridurre lo spreco di risorse ed energia.

I benefici attesi, in materia di valore pubblico generato, possono essere espressi come mitigazione (riduzione delle emissioni di gas climalteranti) e adattamento (risposta efficace alle nuove condizioni ambientali imposte dai cambiamenti climatici irreversibili); inoltre, le azioni che consentono un risparmio nella spesa per energia, rifiuti e altri servizi ambientali liberano risorse per il Servizio sanitario, che possono essere utilizzate per fornire migliori prestazioni sanitarie ai cittadini.

L'Azienda ha attivamente partecipato al progetto "Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR", al fine di provvedere, anche nel 2023, a quanto sotto riportato:

- Coinvolgere tutto il personale aziendale promuovendo le indicazioni sulle azioni e sui comportamenti da mantenere al fine di ridurre il consumo energetico.
- Individuare metodi e monitoraggi per dare applicazione alle Linee di Indirizzo Regionali coinvolgendo Direzione Generale, Ufficio Comunicazione, Dipartimenti Amministrativi e Sanitari, ospedalieri e territoriali, i tecnici della U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche ed i responsabili operativi del Multiservizio stesso; il metodo di lavoro ha permesso di definire le azioni da intraprendere per l'esecuzione delle azioni correttive sulle curve di regolazione climatica.
- Classificare gli spazi e ridefinendo le temperature previste, effettuando un riesame degli spazi da climatizzare, degli orari di funzionamento degli impianti e il riesame periodico delle regolazioni e la misura dei parametri microclimatici.
- Partecipare agli incontri con gli Energy Manager aziendali per la definizione del livello di dettaglio dei parametri e dei dati da inserire nello sharepoint regionale.
- Dare riscontro all'Area Infrastrutture e Patrimonio regionale dell'avvenuta compilazione e del caricamento della relazione rappresentativa delle azioni attuate dalla Azienda in tema di uso razionale dell'energia.

Glossario acronimi

| Acronimo | Significato |
|-----------------|---|
| ADI | Assistenza Domiciliare Integrata |
| AFT | Assistenza Farmaceutica Territoriale |
| AMA | Auto Mutuo Aiuto |
| ANAC | Agenzia Nazionale Anticorruzione |
| AOSP | Azienda Ospedaliera |
| AOU | Azienda Ospedaliera Universitaria |
| ASA | Assistenza Specialistica Ambulatoriale |
| ASP | Azienda Servizi alla Persona |
| AVEC | Area Vasta Emilia Centro |
| AVEN | Area Vasta Emilia Nord |
| BEP | Bilancio Economico Preventivo |
| BPCO | Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva |
| CAS | Centro Accoglienza Straordinaria per richiedenti asilo |
| CCM | Comitato Consultivo Misto per la qualità dal lato degli utenti |
| CdS | Casa della Salute |
| CE | Conto Economico |
| COT | Centrale Operativa Territoriale |
| COTSD | Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore |
| COVID-19 | Malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2 o malattia da coronavirus 2019 |
| CPP | Cure Palliative Pediatriche |
| CRA | Casa Residenza Anziani |
| CSM | Centro Salute Mentale |
| CSSR | Centro Socio-Sanitario di Riabilitazione |
| CTSS | Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria |
| CUF | Comitato Utenti e Familiari |
| CUP | Codice Unico di Progetto |
| CUG | Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità |
| DAI | Dipartimento ad Attività Integrata |
| DAT | Dipartimento Amministrativo e Tecnico |
| DCP | Dipartimento Cure Primarie |
| DEA | Dipartimento Emergenza Accettazione |
| DHT | Day Hospital Territoriale |
| DIAP | Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica |
| DiC | Dipartimento Chirurgico |
| DIGIRI | Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo |
| DIMO | Dipartimento Medico Oncologico |
| DM | Decreto Ministeriale |
| DP | Dipendenze Patologiche |
| DPS | Documento programmatico sulla sicurezza |
| DRG | Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi |
| DSA | Day Service Ambulatoriale |
| DSM | Dipartimento di Salute Mentale |
| DSM DP | Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche |
| DSP | Dipartimento di Sanità Pubblica |

| Acronimo | Significato |
|-------------------|---|
| FAD | Formazione a Distanza |
| FSE | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| DVR | Documento Valutazione Rischi |
| ECU | Emergency Care Unit |
| GAAC | Gestione Area Amministrativa Contabile |
| GRU | Gestione Risorse Umane |
| GSA | Gestione Specialistica Ambulatoriale |
| HW | Hardware |
| HT | Hospice Territoriale |
| HUB-SPOKE | Modello organizzativo che prevede un centro specialistico di riferimento |
| ICT | Information Communication Technology |
| IGV | Interruzione Volontaria Gravidanza |
| IND | Codice indicatore: a fianco si trova il numero e la descrizione dell'indicatore |
| InSiDER | Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna |
| LEA | Livelli Essenziali di Assistenza |
| LUM | Laboratorio Unico Metropolitan |
| MMG | Medici di Medicina Generale |
| MRI | Istituto di ricovero di Montecatone |
| NCP | Nuclei di Cure Primarie |
| NGEU | Programma Next Generation EU |
| NPIA | Neuro Psichiatria Infantile Adolescenza |
| OIV | Organismo Indipendente di Valutazione |
| OO.SS | Organizzazioni Sindacali |
| OSCO | Ospedale di Comunità |
| PAI | Piani Assistenziali Individuali |
| PAT | Punto di Accesso Territoriale |
| PDTA | Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale |
| PIAO | Piano Integrato di Attività e Organizzazione |
| PL | Posto Letto |
| PLS | Pediatrati di Libera Scelta |
| PNRR | Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza |
| PNC | Piano Nazionale per gli investimenti complementari |
| POLA | Piano Organizzativo Lavoro Agile |
| PRGLA | Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa |
| PTFP | Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale |
| PTPCT | Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza |
| PUA | Punto Unico di Accesso |
| PUC | Punto unico di coordinamento di Cure Palliative |
| REACT-EU | Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa. Strumento ponte per finanziare interventi urgenti e assicurare sostegno alle imprese colpite dalle conseguenze dell'emergenza sanitaria |
| RER | Regione Emilia-Romagna |
| RLCP | Rete Locale di Cure Palliative |
| RMN | Risonanza Magnetica |
| RPCT | Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza |
| RUA | Responsabile Unico Aziendale |
| SAI | Sistema di Accoglienza ed Integrazione |
| SAM | Servizio Acquisti Metropolitan |
| SARS-CoV-2 | Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 |
| SELF-PA | Portale formazione nella pubblica amministrazione |

| Acronimo | Significato |
|-----------------|--|
| SICHER | Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia-Romagna |
| SIRCO | Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità |
| SOLE | Programma SOLE - Sanità on line |
| SPDC | Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura |
| SPID | Sistema Pubblico di Identità Digitale |
| SPP | Servizio Prevenzione Protezione |
| SRCI | Struttura Residenziale Cure Intermedie |
| SSCL | Surgical Safety Check List |
| SSU | Struttura Semplice Unificata |
| SSD | Struttura Semplice Dipartimentale |
| SSIA | Struttura Semplice Inter Aziendale |
| SSR | Servizio Sanitario Regionale |
| SUM | Servizio Unico Metropolitano |
| SUMAGP | Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale |
| SUMAEP | Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale |
| SW | Software |
| TC | Tomografia Assiale Computerizzata |
| TUM | Trasfusionale Unico Metropolitano |
| UCPD | Unità di Cure Palliative Domiciliari |
| UO | Unità Operativa |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| UTIC | Unità di Terapia Intensiva Cardiologica |
| UVG | Unità di Valutazione Geriatrica |
| UVM | Unità di Valutazione Multidimensionale |

Allegato – Grado di raggiungimento degli obiettivi, di cui all’Allegato B della DGR 1237/2023 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2023”

Il presente allegato è estratto dalla Relazione sulla Gestione compresa nel Bilancio di Esercizio 2023 (Capitolo 9), di cui alla Deliberazione n. 84 del 30 aprile 2024.

**GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI
DI CUI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 1237/2023**

INDICE

| | |
|--|----------|
| 9. GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CUI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 1237/2023 | 3 |
| 9.1 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO..... | 3 |
| 9.2 ASSISTENZA TERRITORIALE | 22 |
| 9.3 ASSISTENZA OSPEDALIERA | 45 |
| 9.4 SOSTENIBILITA' ECONOMICA ED EFFICIENZA OPERATIVA..... | 81 |
| 9.5 INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI | 113 |

9. GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CUI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 1237/2023

Il presente Capitolo riporta le azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi della Programmazione annuale regionale così come declinati nella DGR 1237/2023 all'Allegato B, che ne costituiscono il quadro programmatico di riferimento per l'anno 2023.

9.1 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

OBIETTIVO 1.1: Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18

Obiettivo 1.1.1 Piano Regionale della Prevenzione

Con DGR 1855 del 14.12.2020 è stata recepita l'Intesa in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra Stato, Regioni e le Province Autonome concernente il "**Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025**". Il Ministero della Salute ha rilasciato un'apposita piattaforma web-based in cui è stata inserita entro il termine del 31 agosto 2021 la programmazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che discende, in attuazione della citata Intesa. In data 7 ottobre 2021 il Ministero ha dato riscontro sulla pianificazione regionale con proposta di alcune integrazioni che sono state inserite nel PRP.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 è stato approvato con DGR 2144 del 20/12/2021 e trasmesso al Ministero della Salute. Il PRP è articolato in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale in modo da sviluppare in modo completo gli obiettivi del PNP.

Il PRP è sostenuto da azioni trasversali quali equità, intersectorialità, comunicazione e formazione che ne accompagnano l'attuazione sia a livello regionale che territoriale. Tale complessità ha richiesto la necessità di definire ruoli e strumenti per il governo del sistema nel quinquennio di vigenza del Piano, specificando compiti, interfacce, elementi per il monitoraggio e la valutazione. I dettagli di tale organizzazione sono definiti nel Documento di governance del PRP 2021-2025, approvato con DGR 58 del 24/01/2022.

In particolare, per il 2023, si conferma la richiesta del livello regionale di porre particolare alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP e di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022. Si chiede inoltre di rispondere nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Risultati 2023

Nel 2023, nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, è proseguito l'impegno per il raggiungimento degli indicatori locali, come meglio esplicitato nella rendicontazione del successivo obiettivo. Il responsabile aziendale PRP ha partecipato a tutti gli incontri fissati dalla cabina di regia regionale e si sono tenuti due incontri della cabina di regia locale (26 aprile e 4 dicembre) per monitorare il raggiungimento degli obiettivi, favorire la collaborazione tra referenti di programma ed affrontare eventuali criticità emerse. Ogni referente locale di programma ha trasmesso la rendicontazione annuale ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

Obiettivo 1.1.2 Legge Regionale n. 19/2018 “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria”

Il PRP si inserisce nel percorso tracciato dalla Legge Regionale che all’art. 10 definisce anche le modalità di approvazione del PRP e stabilisce che obiettivi e azioni devono essere integrati a livello locale, nei Piani di zona e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie allo scopo di coordinare gli interventi e valorizzare le risorse del territorio.

Risultati 2023

Anche nel 2023 sono state sostenute iniziative e progettualità di attuazione della Legge alla cui attuazione sono chiamate tutte le aziende sanitarie, assicurando la propria collaborazione.

Indicatore e target:

- Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58/2022, come di competenza aziendale. Target: 70%.

Il documento “Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2023 - Paragrafo. Piano 1.1 Regionale della Prevenzione - Elenco indicatori locali che concorrono alla valutazione degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie – Prot. 1069046” indica 34 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2023: di questi 34 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento del 70% (circa 24 indicatori).

Il raggiungimento del target è in fase di valutazione da parte della RER, ma durante la riunione con i referenti di programma tenutasi il 4 dicembre 2023 è emerso che il target è stato ampiamente raggiunto: al momento della riunione da interlocuzioni con i referenti dei programmi coinvolti (PP2, PP3, PP4, PP6, PP7, PP8, PP10, PL11, PL13, PL17, PL18, PL19, PL20) risultavano raggiunti 27 indicatori.

Ogni referente locale di programma ha trasmesso la rendicontazione annuale ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

OBIETTIVO 1.2: Sanità Pubblica

Obiettivo 1.2.1: Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)

Con DGR 183/2023 è stato istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l’organizzazione e le funzioni del Sistema regionale, nonché la definizione dei nodi di tale sistema a rete. In particolare, si chiede di definire il nodo aziendale della rete inserito all’interno dei Dipartimenti di Sanità pubblica, avendo presente che tale nodo si deve occupare in maniera organica e coerente, in un’ottica One Health, delle tematiche a maggior impatto ambientale e climatico, ottimizzando le risorse, in una prospettiva che superi la frammentazione in riferimento ai propri ambiti di interesse, e collaborando e fornendo il proprio apporto, a seconda delle necessità, con le altre strutture dipartimentali e aziendali.

Indicatori e target:

- Disponibilità di un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP; target: SI’.
- Rispetto delle tempistiche di pubblicazione del bando per l’acquisizione delle attrezzature di cui all’investimento 1.1 del Piano Nazionale Complementare PNC “Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima”; target: SI’.

Risultati 2023

Nell'ambito del Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC) la Regione Emilia Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno siglato un accordo operativo per la realizzazione dei sub-investimenti del Programma "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" – Missione 6 Salute – Componente 1. L'ISS, soggetto attuatore, affida alla Regione, soggetto realizzatore, l'attuazione degli interventi correlati a tale progetto. L'AUSL di Imola ha garantito e garantirà la propria attività nell'attuazione del suddetto accordo operativo, secondo la programmazione definita dal livello regionale.

Con deliberazione n. 260 del 20.12.2023 è stato istituito il "Nodo aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)" nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Imola. Alla delibera è stato allegato un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP.

Per quanto riguarda le tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature, entro giugno 2024 è prevista l'acquisizione dei beni di priorità 2 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2023).

Obiettivo 1.2.2: Epidemiologia e sistemi informativi

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la disponibilità dei dati dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment).

A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate, un patrimonio informativo da mantenere ed implementare in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica. In particolare, si richiede particolare attenzione alla compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni ed alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento) e Registro regionale di mortalità. Tra le attività di sorveglianza di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si richiamano gli screening oncologici e le vaccinazioni (Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time AVR-RT). Prosegue inoltre l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. Si richiede altresì di assicurare a livello aziendale l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la completa messa a regime del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive. Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l'accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo sistema di garanzia.

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Completezza archivio registro mortalità (dati 2023) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003: $\geq 95\%$ al 31 marzo 2024.

Per quanto concerne la completezza dell'archivio registro mortalità la codifica delle schede delle cause di morte 2023 è stata conclusa, mentre per quanto riguarda l'inserimento sul portale AIDA attualmente sono in fase di inserimento le schede di dicembre 2023.

- Realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate \geq 95% al 28 febbraio 2024.

Stato di avanzamento PASSI 2023: tutte le interviste programmate (n. 55) sia relative al campionamento che al sovracampionamento (n. 24) sono state eseguite e spedite (100%).

- Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità, dati aggiornati al 31/12/2020 (valore ottimale); al 31/12/2019 (accettabile); target: SI'.

È proseguita l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

- Ciascuna Unità Funzionale collabora alla stesura del report annuale del Registro Tumori del Emilia-Romagna; target: SI'

È proseguita l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

Obiettivo 1.2.3: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Si richiede la revisione e l'aggiornamento ove necessario delle azioni necessarie all'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023), garantendo le scorte di DPI, le dotazioni di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei Laboratori di riferimento specificamente individuati. Nell'ambito delle azioni previste dalla fase inter-pandemica del PAN-FLU 2021-2023 è stato richiesto di rafforzare la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. Per l'adempimento di questi obiettivi è necessario un rafforzamento della sorveglianza InFluNet&RespiVirNet, promuovendo le attività previste dalla sorveglianza virologica, quali in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale. Si deve pertanto assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo, presidiando la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica per consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, prevede l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

La Regione ha richiesto la promozione ed attuazione di interventi informativi/comunicativi/educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, in applicazione delle indicazioni regionali sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tramite un approccio multidisciplinare della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Si richiede, inoltre, di aumentare le competenze in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET) attraverso iniziative mirate di formazione. Nelle Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), va dato rilievo al ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo.

Proseguono e si consolidano le azioni per la piena attuazione della DGR 828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi", al fine di migliorare il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare. È necessario promuovere anche la corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio presenti nel territorio, realizzando azioni di formazione e informazione, e collaborando con i Comuni alla mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi sul territorio di competenza.

Risultati 2023

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). Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

Su SIVER viene monitorato l'indicatore: **(IND1031)** "% di casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati sul totale dei casi sospetti testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM". La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda è pari al 100%. Nel 2023 sono pervenuti 4 casi sospetti di Arbovirus; tutti sono stati sottoposti a conferma mediante invio dei campioni al Laboratorio di riferimento regionale CREM e sono stati derubricati come non casi per esito negativo degli esami di laboratorio.

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

La rete IST metropolitana è stata formalizzata con delibera n. 281 del 29/12/2023.

- Controlli effettuati da operatori SIAN -SVET a seguito di sospetto di malattia trasmessa da alimenti; target: 100%.

Nel 2023 sono stati notificati 39 casi di malattie con sospetta trasmissione alimentare. A seguito di indagine epidemiologica e di valutazione da parte del medico referente delle malattie infettive, in nove casi sono state individuate possibili fonti trasmissive e sono stati attivati operatori SIAN-SVET per l'effettuazione di indagine ambientale.

- Popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023, assistita da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete della sorveglianza Influenza&RespiVirNet/popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023; target: $\geq 4\%$.

Su SIVER viene monitorato, inoltre, l'indicatore: (**IND1033**) "Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet".

Il valore per l'AUSL di Imola è pari a 0,76 vs un valore medio regionale di 2,87.

Nel 2023 la rete della sorveglianza Influenza&RespiVirNet risulta costituita da 4 medici convenzionati (PLS/MMG), corrispondenti a una popolazione di 3.099 assistiti. Nel 2023 sono state svolte delle riunioni con MMG per invitarli ad aderire alla rete dei medici sentinella e nel 2024 verrà proposto un corso formativo con erogazione di crediti ECM con lo scopo di aumentare l'aderenza dei medici alla rete.

- Realizzazione di almeno una iniziativa di formazione inerente al PANFLU rivolta al personale in relazione ai Piani Operativi Locali; target ≥ 1 .
- Effettuazione di una esercitazione inerente al PANFLU in applicazione ai Piani Operativi Locali; target: SI'.

Nel 2023 è stato effettuato un evento di Formazione sul campo (FSC) dal 4 settembre al 30 novembre 2023 di 6 ore complessive con titolo "AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO AZIENDALE PANFLU" e in seguito deliberato DATA: 15/12/2023 NUMERO: 0000256 - ADOZIONE DEL PIANO OPERATIVO LOCALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PANFLU) - AUSL DI IMOLA.

Obiettivo 1.2.4: Implementazione Piano prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio L. 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)

In riferimento al **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025)** l'offerta vaccinale prevista viene ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio si fa riferimento alle indicazioni regionali di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni.

Nel 2023 è stato richiesto di recepire la DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale ed eventuali atti integrativi che prevedano l'offerta vaccinale, oltre a garantire quanto indicato dal Ministero della Salute e dalla Regione relativamente alla vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2.

Risultati 2023

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili e per adulti le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Nel 2023, in continuità con l'anno precedente, viene garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie per l'invio, delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT).

Indicatori e target

In riferimento al monitoraggio degli indicatori NSG, si riportano due indicatori sulle coperture vaccinale pediatriche, monitorati su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024).

- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib). Target $>95\%$.

L'Azienda ha garantito l'effettuazione regolare della programmazione delle sedute vaccinali rispettando il target di copertura.

- **P01C** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) – NSG.

Nel 2023 si rileva una copertura pari al 95,44% vs 94,73% del 2022. La media regionale risulta pari a 96,64%.

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

L'AUSL di Imola ha garantito la regolare programmazione delle sedute vaccinali nel pieno rispetto del target di copertura.

- **P02C** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) – NSG.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2023 pari a 95,66% vs 94,84% nel 2022. La copertura media RER risulta pari a 96,34%.

Per quanto concerne le coperture vaccinali adulti, si riportano i seguenti due indicatori:

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: >= 45%.

L'Azienda, nell'ambito della campagna antipneumococco nella fascia di età 65 anni, su un totale di 1.717 pazienti risulta aver vaccinato 334 pazienti, pari al 19,8%. Nell'arco del 2023 sono state anche attivate azioni di recupero dalla coorte dei nati del 1952 fino a quella del 1957. Si fa presente che si tratta di una campagna vaccinale congiunta con gli MMG.

- Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: >= 30%.

Per quanto riguarda la campagna anti herpes zoster nella fascia di età dei 65 anni, su un totale di 1.803 pazienti risultano vaccinati 473 pazienti, pari al 26,23%. La copertura risulta in aumento rispetto al 2022 in cui per la coorte di nascita del 1.957 risultavano essere stati vaccinati 352 pazienti.

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

Si è provveduto a correggere manualmente i warning relativi ad errori di inserimento dei nostri operatori e si stanno elaborando delle modalità di correzione massiva relativa ad errori che non dipendono da operatori dipendenti AUSL, ma da MMG/PLS ed enti fuori territorio.

Obiettivo 1.2.4: Programmi di screening oncologici

Risultati 2023

Nel corso del 2023 è stata cambiata la modalità di invito a partecipare ai Programmi di Screening per tutti i cittadini; le consuete lettere di invito in formato cartaceo, recapitate a casa, sono state sostituite con inviti inoltrati esclusivamente su FSE per tutti i cittadini in possesso di FSE, che lo utilizzino e abbiano prestato il consenso all'invio della documentazione in formato digitale.

Nei primi mesi dopo l'implementazione della nuova modalità di invito i programmi di Screening hanno subito una flessione; molti cittadini non hanno recepito la presenza dell'invito su FSE. Per veicolare meglio il messaggio è stato affiancato agli inviti su FSE l'invio di SMS, per ricordare con un anticipo di 7 giorni l'appuntamento prefissato (Programmi delle Cervic Uterina e della Mammella).

Il programma di screening della Cervice Uterina si è riportato in tempi rapidi ai consueti livelli di adesione, il programma della mammella invece risulta ancora più basso della media regionale.

Programmi regionali screening
(Rilevazione RER consolidata al 31/12/2023 per cervice, mammella, al 30/11/2023 per colon-retto)

| Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto. | | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | |
|---|---|-------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|--------|--------------|
| | | IMOLA | Media R.E.R. | IMOLA | Media R.E.R. | IMOLA | Media R.E.R. | IMOLA | Media R.E.R. |
| % Avanzamento Programma | Screening cervice - target 25-65 | 98,2% | 96,7% | 98,1% | 97,8% | 99,5% | 99,4% | 99,5% | 99,6% |
| | Screening mammografico - target 45 - 49 | 85,9% | 87,8% | 99,9% | 99,3% | 99,9% | 99,7% | 100,0% | 99,0% |
| | Screening mammografico - target 50 - 69 | 95,5% | 93,2% | 99,8% | 99,0% | 99,9% | 99,6% | 99,9% | 98,1% |
| | Screening mammografico - target 70 - 74 | 95,1% | 92,8% | 99,9% | 99,0% | 99,9% | 99,5% | 100,0% | 98,2% |
| | Screening Colon Retto - target 50-69 | 99,8% | 90,8% | 99,7% | 93,2% | 99,6% | 95,9% | 99,7% | 96,1% |
| % Adesione a invito | Screening cervice - target 25-65 | 61,7% | 60,7% | 62,5% | 63,3% | 64,6% | 65,3% | 66,1% | 65,9% |
| | Screening mammografico - target 45 - 49 | 54,1% | 59,2% | 72,3% | 69,5% | 70,5% | 71,8% | 63,9% | 70,9% |
| | Screening mammografico - target 50 - 69 | 65,6% | 64,5% | 69,9% | 69,3% | 71,3% | 71,0% | 67,7% | 70,4% |
| | Screening mammografico - target 70 - 74 | 65,5% | 66,0% | 68,6% | 69,9% | 70,2% | 72,3% | 67,5% | 71,4% |
| | Screening Colon Retto - target 50-69 | 55,9% | 47,2% | 55,3% | 50,6% | 55,5% | 53,2% | 53,1% | 52,8% |

Su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024) vengono monitorati i seguenti obiettivi:

- (**IND761**) Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Valore di riferimento: $\geq 70\%$.

Nel 2023, l'Azienda riporta una % pari al 67,06% vs 71,20% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 70,63%.

- (**IND762**) Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Valore di riferimento: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore 2023 pari a 66,11% vs 64,57% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 65,92%.

- (**IND763**) Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Valore di riferimento: $\geq 50\%$.

L'Azienda rileva un valore 2023 pari a 53,10% vs 55,48% nel 2022. Il valore % regionale risulta pari a 65,92%.

Obiettivo 1.2.5: Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

In tema di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori è stata prevista un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari quali il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico. L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per 2023, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano

accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA).

Per garantire equità delle prestazioni sanitarie in materia di medicina del lavoro su tutto il territorio regionale, si prevede l'implementazione dell'attività ambulatoriale specifica. A questo scopo è stato introdotto un ulteriore obiettivo sulle prestazioni specialistiche di medicina del lavoro, sulla valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzate alla emersione delle patologie occupazionali.

Per quanto riguarda il Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 2144/201 si richiede di mantenere le seguenti azioni: assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto tramite gli ambulatori attivati presso i DSP; promozione della microraccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA); vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA; implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto.

Nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2021-2025 prosegue il percorso dei **Piani Mirati di Prevenzione (PMP)** quale attività sinergica a quella di vigilanza per promuovere un'efficace tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. Nel 2023 sono state previste sia azioni a livello regionale rivolte agli operatori delle UO PSAL, sia iniziative a livello locale, con formazione specifica rivolta alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Indicatori e target:

- % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 7,5\%$ delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo.
- N. cantieri rimozione amianto controllati su totale piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 D. Lgs 81/08): $\geq 15\%$.
- Attivazione a livello locale di iniziative di coinvolgimento delle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) finalizzate alla realizzazione dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e attivi a livello locale; target: ≥ 3 .
- 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.
- Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro territoriali con la formalizzazione/definizione dei percorsi ambulatoriali specialistici di medicina del lavoro, valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali; target: atto aziendale di formalizzazione dei percorsi.

Risultati 2023

Per quanto concerne l'indicatore, sotto riportato, monitorato anche su piattaforma regionale SIVER, si riporta quanto segue:

- **(IND185)** % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. (Target: $\geq 7,5\%$).

L'Azienda rileva un valore 2023 pari a 8,74% vs 9,28% nel 2022. Il dato medio regionale risulta pari a 8,08%.

La rilevazione aziendale del servizio competente conferma il dato sopra esposto: ai fini del calcolo della copertura di vigilanza vengono 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. Le unità locali (UULL) controllate nel 2023 risultano n. 407 pari al 6,6% su 6.164. Di queste, 15 aziende (3,6%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende sia le UULL controllate in orari non convenzionali (61), sia quelle controllate sul territorio imolese da UOIA-AUSL Bologna (66). Complessivamente le aziende controllate risultano pertanto n. 534 (8,6% di 6.164).

- N. cantieri rimozione amianto controllati su totale piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 D. Lgs 81/08): $\geq 15\%$.
- (**IND708**) % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Valore di riferimento: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2023 pari a 24,04% vs 21,90% nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 26,16%. I dati interni confermano nel 2023 n. 25 cantieri amianto controllati su 104 piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D. Lgs 81/08) (18,6%).

- Attivazione a livello locale dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. Target: ≥ 3 .

I Piani Mirati di Prevenzione previsti sono stati attivati a livello locale, sono stati conseguiti, per ogni programma, gli obiettivi previsti dal piano di Governance effettuando complessivamente 13 iniziative di coinvolgimento, a livello locale, delle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno), finalizzate alla realizzazione dei Piani Mirati:

- PP6: logistica 6 settembre (figure della prevenzione).
- PP6: incidenti stradali 17 maggio, 18 dicembre (figure della prevenzione).
- PP6: sicurezza macchine 29 settembre (figure della prevenzione).
- PP7 edilizia: 27 settembre e 29 novembre, in presenza IIPLE Bologna (aziende e figure della sicurezza aziendale).
- PP7 agricoltura 25 luglio on line (associazioni) e 24 novembre in presenza a Fontanelice (aziende e associazioni).
- PP8: cancerogeni: 1° dicembre per figure della sicurezza aziendale ed aziende.
- PP8: SLC 3 maggio e 22 settembre (aziende).
- PP8: SAD 3 maggio e 30 novembre (aziende).

Si specifica che la maggior parte di iniziative ed attività sono state svolte di concerto con l'AUSL di Bologna, UOC PSAL e alcune iniziative sono state coordinate a livello regionale.

In riferimento all'Indicatore (NSG-P07C) sulle denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente, con un target atteso di riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente, il valore a disposizione viene calcolato dalla Regione a livello provinciale. Il dato comunicato per la provincia di Bologna indica un calo pari a -13,4%

rispetto all'anno precedente e di -8,6% rispetto al triennio precedente. Il dato regionale di riferimento è pari a -7,6% rispetto all'anno precedente e di -1,7% rispetto al triennio precedente.

Si rammenta che gli elementi che intervengono nella composizione di questo indicatore presentano molte variabili governabili dalla UOC PSAL, solo in parte.

Obiettivo 1.2.6: Strutture sanitarie, socioassistenziali e sociosanitarie

La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha innovato la materia, introducendo nuove misure quali l'istituto della Comunicazione di svolgimento di attività sanitaria per garantire ai cittadini la tutela della salute, attraverso la sorveglianza sull'intera offerta dei servizi sanitari.

La Legge regionale è, altresì, intervenuta in tema di autorizzazione all'esercizio; ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica deve assicurare il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo; la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto; infine, l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Sociosanitarie.

Risultati 2023

Indicatori e target

- Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali: target 100% delle strutture autorizzate/anno.

In riferimento all'Anagrafe regionale delle Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali, l'AUSL di Imola ha garantito, nel 2023, il completo aggiornamento delle nuove strutture autorizzate e delle strutture cessanti l'attività. In particolare, per il 2023, sono state inserite 11 nuove autorizzazioni e 9 prese d'atto per quanto riguarda le strutture sanitarie.

- % di partecipazione dei referenti aziendali delle Commissioni per l'autorizzazione (istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19) alle riunioni del gruppo regionale coordinate dal Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica; target: $\geq 90\%$.

Nel 2023 si sono svolte 6 riunioni: a tutte è stata garantita la partecipazione dei referenti aziendali.

OBIETTIVO 1.3: Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Il **Piano Regionale Integrato (PRI)** comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Nel 2023 si richiede un impegno a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori; in particolare, è stato individuato un sottoinsieme di "indicatori

sentinella regionali" per il 2023, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per all'interno del Piano nazionale integrato.

Il livello regionale, pertanto, monitora tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Due indicatori rientrano nel "CORE", set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni: P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale". Il terzo indicatore, P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili e di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento della sostenibilità della zootecnia.

Sono stati inseriti, inoltre, due indicatori specifici relativi ad attività di prevenzione ed eradicazione della Peste Suina Africana (PSA), che rappresenta una importante emergenza: uno sulle verifiche dei livelli di biosicurezza esistenti negli allevamenti suini, stratificato secondo la prevalenza dei diversi orientamenti produttivi esistenti sul proprio territorio aziendale. Per il primo anno il programma deve comprendere almeno l'1% del totale delle aziende, in un numero di allevamenti rappresentativo, stratificato secondo la prevalenza delle categorie aziendali (non commerciali o familiari, da riproduzione, da ingrasso) e in aggiunta almeno un terzo degli allevamenti semibradi aperti con presenza di capi. Un ulteriore indicatore riguarda l'attività di supervisione in sicurezza alimentare ed è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene tale indicatore particolarmente importante, in quanto l'attività di supervisione è necessaria per garantire uniformità ed efficacia ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, come riportato nel Regolamento 2017/625 e sottolineato dalle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

In coerenza con quanto disposto dal PRI, i Dipartimenti di Sanità Pubblica devono dotarsi di una organizzazione in grado di gestire le molteplici emergenze di competenza, raccordandosi con gli Enti e Autorità competenti.

Indicatori e target:

- Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; target 100% - Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL.
- Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione; target: trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.lgs. 502/92 (SIAN e unità operative SVET).

- **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 farmacovigilanza veterinaria x 0,2) - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%.
- **NSG-P12Z:** % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari² x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari³ x 0,2) - Fonte dati: sistema nazionale NSIS - target: >=95%.
- **NSG-P11Z:** % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1) Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%.
- Biosicurezza degli allevamenti suini: (stabilimenti suini stabulati ispezionati per biosicurezza / 1% degli stabilimenti suini stabulati) x 0,5 + (stabilimenti suini semibradi ispezionati per biosicurezza / 33% degli stabilimenti suini semibradi) x 0,5. Fonte dati: sistema nazionale Classyfarm; target: 100%.
- Presenza dell'incarico per l'affidamento del servizio di ricerca carcasse di cinghiale e relativa rendicontazione, nelle zone soggette a restrizione di cui all'allegato I del Regolamento (UE) 2021/605 o in altre aree a rischio secondo la valutazione dell'osservatorio epidemiologico (SEER). Fonte dati: rendicontazione dalle AUSL; target: SI'.
- Costituzione dei nuclei di coordinamento dipartimentali relativi ai Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di cui alla DGR n. 30 del 13/01/2021; target: SI'.

Risultati 2023

La programmazione aziendale 2023 ha avuto come riferimento il **Piano Regionale Integrato (PRI)** vigente ed è riconducibile in quattro **Piani specifici** (Area A, Area B, Area C, Attività integrata SIAN-SVET), corrispondenti ad aree tecniche disciplinari differenti; la rendicontazione dei singoli piani è stata inviata in Regione con le schede SISVET e/o caricata sul sistema SEER dell'IZSLER e nel portale Vetinfo del Ministero della Salute. Durante il 2023 si sono consolidate alcune pratiche operative utili a rendere più efficiente l'operatività, quali:

- sono state adottate soluzioni organizzative tali da permettere l'associazione di diverse attività di controllo ufficiale con un unico sopralluogo (es. ispezione e campionamento);
- in caso di necessità, al fine di non rischiare di effettuare controlli "a vuoto" e contestualmente acquisire informazioni anticipatamente, per ridurre il tempo di permanenza in loco, è stato effettuato il preavviso dell'operatore, come previsto dall'articolo 9, punto 4 del Reg. 625/2017;
- è stato realizzato, ove possibile, parte del controllo da remoto, in particolare la parte dell'esame documentale legata al controllo stesso.

L'anno 2023 è stato segnato da una profonda ridefinizione degli effettivi del personale in forza all'Unità Operativa Complessa Igiene Veterinaria:

- ad inizio anno: 7 veterinari e 3 tecnici della prevenzione;
- a fine anno: 5 veterinari e 2 tecnici della prevenzione.

Il reintegro di personale è stato programmato e continuerà anche nel 2024.

Valutando i risultati ottenuti, in termini di prestazioni "pesate" per l'UOC Igiene Veterinaria, come già riportato nel report di I livello gennaio-dicembre 2023, rispetto all'anno precedente si osserva:

| | Nr. Prestazioni | Nr. Prestazioni pesate | Media annuale operatori presenti (Veterinari + TdP) |
|------------------|------------------------|-------------------------------|--|
| Anno 2022 | 9.849 | 19.152 | 10 |
| Anno 2023 | 8.649 | 16.102 | 8,8 |

Ovvero, tenuto conto della situazione di effettivi sopra esposta, la diminuzione di prestazione è correlabile e proporzionata al personale operante; è stata comunque data priorità:

1. a tutte le attività "a domanda" del territorio, in modo da non causare interruzioni nei controlli ufficiali che avrebbero avuto diretto riflesso sulle attività produttive;
2. alle attività di controllo ufficiali "programmate" finalizzate a garantire uno standard di sicurezza alimentare come richiesto dalla normativa ed allineato agli obiettivi regionali "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino".

Si riporta di seguito la rendicontazione di dettaglio:

| | PRI % | programmati | eseguiti | | x | % risultante | % atteso |
|-------------------------------|--------------|--------------------|-----------------|--------|----------|-------------------------|------------------|
| anagrafe aziende bovina | 3% | 4 | 11 | 275,00 | 0,1 | 27,00 | 10 |
| anagrafe aziende ovicaprine | 3% | 8 | 11 | 137,50 | 0,05 | 6,88 | 5 |
| anagrafe capi ovicaprini | 5% | 260 | 796 | 306,15 | 0,05 | 15,31 | 5 |
| anagrafe aziende suine | 1% | 1 | 3 | 300,00 | 0,1 | 30,00 | 10 |
| anagrafe aziende equine | 5% | 11 | 12 | 109,09 | 0,1 | 10,91 | 10 |
| anagrafe allevamenti apistici | 1% | 9 | 11 | 122,00 | 0,1 | 12,20 | 10 |
| PNAA campioni controlli | 100% | 40 | 40 | 100,00 | 0,3 | 30,00 | 30 |
| farmacosorveglianza | varie | 70 | 76 | 108,57 | 0,2 | 21,71 | 20 |
| % RISULTANTE | | | | | | 154,53 | >= 95% |

Per l'anno 2023 sulla base dell'algoritmo (tra l'altro rientrante nel CORE) degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", si è ottenuto un risultato superiore alla percentuale richiesta.

- "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale".

| | PRI % | programmati | eseguiti | % | x | % risultante | % atteso |
|---------------------|-------|-------------|-----------|--------|-----|-----------------|-----------------|
| PNR campioni | 100% | 49 | 49 | 100,00 | 0,4 | 40,00 | |
| % RISULTANTE | | | | | | 40,00 | >= 38 |

Anche questo indicatore rientra nel CORE ed il risultato supera l'atteso. Viene qui rendicontata la parte di attività di competenza della UOC Igiene Veterinaria; la restante attività, riguardante la percentuale di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari e per la ricerca di additivi alimentari, viene rendicontata dalla UOC Igiene e sanità pubblica per competenza.

- "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti".

| | PRI % | programmati | eseguiti | % | x | % risultante | %atteso |
|---------------------------|-------|-------------|----------|--------|-----|-----------------|-----------------|
| benessere vitelli | 3% | 4 | 4 | 100,00 | 0,2 | 20,00 | 20 |
| benessere suini | 3% | 9 | 9 | 100,00 | 0,2 | 20,0 | 20 |
| benessere ovaiole | 5% | 1 | 1 | 100,00 | 0,2 | 20,00 | 20 |
| benessere polli carne | 1% | 1 | 1 | 100,00 | 0,2 | 20,00 | 20 |
| benessere altri bovini | 5% | 5 | 5 | 100,00 | 0,1 | 10,00 | 10 |
| benessere macellazione | 100% | 1 | 1 | 100,00 | 0,1 | 10,00 | 10 |
| % RISULTANTE | | | | | | 100,00 | >=95% |

Anche l'obiettivo del controllo sul benessere degli animali, misurato da questo indicatore è stato pienamente raggiunto.

OBIETTIVO 1.4: Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Oltre a realizzare le attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, l'AUSL di Imola è tenuta a garantire:

- ulteriore implementazione delle azioni finalizzate ad un utilizzo sempre più completo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie con particolare riguardo al corretto inserimento delle vaccinazioni;
- prosecuzione dell'attuazione della DGR 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" con attenzione al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati";
- promozione ed offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, agli operatori sanitari valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel

progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente;

- prosecuzione della raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale sanitario, utilizzando la scheda regionale, in attuazione del progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, inserito nell'attuale PRP 2021-2025, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

Risultati 2023

Con riferimento agli obiettivi della DGR 1237/2023 si evidenzia quanto segue.

Indicatori e target

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

Nel corso della campagna vaccinale 2023-2024 la somministrazione delle vaccinazioni per i dipendenti è stata garantita presso il Servizio aziendale Medicina Preventiva; per facilitare l'accessibilità alla vaccinazione sono state programmate sedute vaccinali anche presso l'Ospedale Nuovo, come condiviso e definito dal Direttivo aziendale e come previsto dal Piano pandemico PanFlu. Tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti dalla Medicina Preventiva sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata), secondo le indicazioni regionali.

Nonostante le azioni intraprese a livello aziendale per promuovere la vaccinazione anti-influenzale, a cui la Medicina Preventiva ha garantito tutto il supporto operativo necessario (in collaborazione con l'Igiene Pubblica per la copertura della presenza medica, considerate le difficoltà organizzative che anche nel 2023 hanno caratterizzato il Servizio), la copertura vaccinale non ha raggiunto il target definito dalla RER, attestandosi su una adesione del 20% (sul totale dei dipendenti AUSL) e del 22% considerando i soli operatori sanitari: entrambi i dati sono comunque in incremento rispetto alla campagna 2022/2023 (tabella sottostante).

Si precisa che i dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni eventualmente somministrate presso altre Aziende (es. per dipendenti AUSL di Imola residenti presso altra AUSL che hanno effettuato la vaccinazione presso il proprio MMG).

| Macro mansione | Campagna 2022/2023 | | | Campagna 2023/2024 | | | delta |
|-------------------------|--------------------|------------------|------------|--------------------|------------------|------------|-----------|
| | in servizio | di cui vaccinati | % adesione | in servizio | di cui vaccinati | % adesione | |
| Comparto amministrativo | 173 | 43 | 25% | 173 | 39 | 23% | -2% |
| Comparto sanitario | 1.032 | 155 | 15% | 1.006 | 173 | 17% | 2% |
| Comparto tecnico | 126 | 15 | 12% | 120 | 19 | 16% | 4% |
| Dirigenza altra | 11 | 5 | 45% | 11 | 7 | 64% | 18% |
| Dirigenza sanitaria | 324 | 94 | 29% | 325 | 116 | 36% | 7% |
| ESCLUDERE | 1 | 0 | 0% | 3 | 0 | 0% | 0% |
| N/A | 275 | 35 | 13% | 262 | 34 | 13% | 0% |
| Totali | 1.942 | 347 | 18% | 1.900 | 388 | 20% | 3% |
| Solo sanitari | 1.356 | 249 | 18% | 1.331 | 289 | 22% | 3% |

Fonte dati: Business Objects (estrazione al 19/03/2024)

N.B: l'estrazione rileva i presenti in servizio al 19/03/2024.

Si precisa che i dati sono relative alle vaccinazioni somministrate nei diversi setting aziendali, ciascuno dei quali registra le vaccinazioni in un proprio applicativo gestionale:

- Medicina Preventiva (Cartella Clinica del Medico Competente - Arianna)
- Igiene Pubblica (OnVac)
- MMG (Portale SOLE)

- Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali; target: 100%

Tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti c/o la Medicina Preventiva sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata) secondo le indicazioni regionali, per un totale di 646 vaccinazioni somministrate, di cui:

- Anticovid 207.
- Antinfluenzali 325.
- Hengerix B (anti-HBV) 67.
- Priorix (anti-MPR) 42.
- Varivax (anti-varicella) 5.

Si precisa che non possono essere registrate sul gestionale le vaccinazioni somministrate ai dipendenti presso altri Servizi aziendali (es. Igiene Pubblica) o presso il proprio MMG, che ovviamente utilizzano per la registrazione delle vaccinazioni i propri gestionali.

- Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti: target $\geq 100\%$.

A tutti gli operatori sanitari nuovi assunti è stato effettuato lo screening per TBC (tra gli esami effettuati in sede di visita pre-assuntiva).

- Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti; target: 100%.

Per tutti i nuovi assunti viene controllata la copertura immunitaria e le informazioni sono state registrate nella cartella sanitaria e di rischio informatizzata.

- Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive; target: $\geq 90\%$.

Nel corso del 2023 l'Azienda ha avviato l'implementazione della nuova piattaforma gestionale regionale SegnalER, che include anche le segnalazioni PREVIOS (rif. "Scheda A12 Violenza su operatore").

In questa fase sperimentale, l'Azienda ha comunque mantenuto un database aziendale parallelo, per garantire la tempestiva trasmissione dei dati secondo il tracciato ONSEPS (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie) come previsto dalla Legge 113/2020 e richiesto dalla RER con Prot. 07/11/2023.1102474.U.

I dati degli eventi segnalati occorsi nel 2023 (registrati secondo il tracciato ONSEPS) sono stati trasmessi alla Regione il 10/01/2024 dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) dell'AUSL di Imola.

Il monitoraggio degli eventi aggressivi, inclusa l'analisi delle segnalazioni di aggressione fisica, viene garantito nell'ambito degli incontri periodici del Gruppo aziendale PREVIOS.

Come previsto dalla procedura aziendale, eventuali casi particolarmente significativi sono oggetto di specifici sopralluoghi e/o analisi multidisciplinare approfondita (SEA): nel 2023 non si sono verificate aggressioni fisiche con esito ≥ 6 .

OBIETTIVO 1.5: PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** prevede tra le proprie attività la Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) "Corso di formazione in infezioni ospedaliere", definendone anche il numero di personale da formare a livello regionale.

Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibioticoresistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia delle figure dedicate che degli operatori sanitari e sociosanitari che operano in tutti i setting assistenziali, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di definire la strategia formativa, individuare le priorità, le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci), le metodologie e gli strumenti per valutare l'efficacia della formazione (Determinazione n. 832 del 19/01/2022 di costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza").

A questo proposito si fa riferimento alle indicazioni regionali elaborate dal gruppo regionale, contenute nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici".

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici". target: SI'.

Nel corso del 2023, l'Azienda ha continuato a dare attuazione a quanto previsto nel proprio **Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure (PPSC) 2021-2023** e in relazione alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR), divenute prioritarie sia per la sanità pubblica umana che veterinaria, a causa del forte impatto su morbosità e mortalità e per l'incremento di spesa dovuto al maggiore utilizzo di risorse sanitarie.

A questo proposito si dettaglia quanto segue. Con Deliberazione n. 226 del 10/11/2023 è stato approvato il nuovo documento intitolato "Documento Aziendale di Programmazione del percorso formativo in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza (AMR) - TRIENNIO 2024-2026", contenente la pianificazione

formativa presentata e discussa in seno al Collegio di Direzione in data 6/11/2023 ed elaborata sulla base delle indicazioni regionali contenute nelle Linee d'indirizzo di riferimento per il 2024.

Il documento aziendale è stato poi trasmesso tempestivamente al livello regionale come richiesto. Il documento comprende la pianificazione della formazione prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attività Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) "Corso di formazione in infezioni ospedaliere", per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato dalla Regione pari a n. 582 operatori sanitari formati sui contenuti dell'Allegato A del PNRR, entro il 30/06/2026.

9.2 ASSISTENZA TERRITORIALE

OBIETTIVO 2.1: Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2023 vengono definiti (DGR 1237/2023) i seguenti obiettivi:

- Governo e periodico resoconto del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e in riferimento al monitoraggio di cui all'articolo 2 del DM 23 maggio 2022, n.77.
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento alla promozione della salute.
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare anche con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici.
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività.
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta.
- Rafforzamento dell'attività Consultoriale con particolare riferimento a quella rivolta agli adolescenti negli spazi giovani.
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili.

Risultati 2023

Nel territorio dell'AUSL di Imola sono presenti 3 **Case della Comunità (CdC)**; dal 2013 le Case della Comunità – CdC - di Castel S. Pietro Terme (Hub) e Medicina (Spoke) e dal 2019 la Casa della Comunità della Vallata del Santerno, che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 291/2010 e successiva DGR 2128/2016. Con l'istituzione della Casa della Comunità della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano (inaugurata e attivata il 19 gennaio 2019), si configura nell'ambito distrettuale imolese come elemento spoke della rete integrata dei servizi, essendo le funzioni hub in via di sviluppo con il programma di realizzazione e di adeguamento tecnologico della Casa della Comunità di Imola che vede, in base anche ai fondi del PNRR, la progettazione in base a criteri di geo localizzazione dei cittadini e rispettive associazioni in medicine di gruppo dei MMG, al fine di garantire al cittadino prossimità ed equità di accesso ai servizi, accoglienza e presa in carico e continuità dell'assistenza (ospedale-territorio).

Nel 2022, a seguito della DGR 811 del 23/05/2022 con la quale è stato approvato il Piano Operativo regionale e alla DGR 683 del 04/05/2022 che ha permesso un tempestivo avvio degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) del PNRR, è stata concessa alle Aziende Sanitarie una prima quota di finanziamento. A seguito di questo, nell'AUSL di Imola sono stati attivati gruppi di lavoro multiprofessionali guidati dall'Unità

operativa Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche che ha redatto i relativi studi di fattibilità, individuando le principali caratteristiche dimensionali, tipologiche e funzionali dei lavori strutturali relativi allo sviluppo di aree operative dell'istituenda Casa della Comunità hub di Imola all'interno dell'Ospedale Vecchio di Imola, quali:

- Area accoglienza.
- Area vaccinale adulti e pediatri.
- Area della conicità.
- Centrale Operativa Territoriale (COT).

Oltre a questi interventi, sono stati elaborati progetti di fattibilità finalizzati alla manutenzione straordinaria: Casa della Comunità di CSPT (Area accoglienza); Casa della Comunità di Medicina; Ospedale di Comunità.

Nel rispetto dei principi e degli obiettivi della pianificazione regionale ed in coerenza con le strategie aziendali, in totale aderenza agli obiettivi di mandato assegnati dall'Assessorato Regionale Sanità e Welfare alla nostra Azienda Sanitaria ed in piena rispondenza con i modelli e gli standard attesi sulla base del Decreto 23 maggio 2022, n.77, nel 2023 si sono conclusi i lavori di ristrutturazione dell'area accoglienza della Casa della Comunità di CSPT e della **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, nell'istituenda Casa della Comunità Hub di Imola situata all'Ospedale Vecchio con attivazione entro il 30 marzo 2024.

Indicatore e target:

- Garantire l'accurata rilevazione dei dati per la rendicontazione di cui al **DM 23 maggio 2022, n. 77**.
Target: Rispetto delle richieste e della tempistica di rendicontazione previste dal percorso di monitoraggio semestrale.

Nel 2023, è stato individuato un referente aziendale per il monitoraggio DM 77/2022; monitoraggio che è stato puntualmente effettuato sia con la RER che AGENAS.

- Rafforzamento della telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici (BPCO, Diabete, Scopenso cardiaco). Target: evidenza del maggior coinvolgimento dei pazienti cronici nelle progettualità di telemonitoraggio a livello aziendale (relazione attività).

Si segnala che nel 2023 è proseguita l'attività del Care manager respiratorio che con i supporti informatici e tecnologia a disposizione (piattaforma RER-GSA e smartphone) ha effettuato complessivamente n. 33 videochiamate e n. 42 televisite (totale n. 78).

- Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale attraverso la realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione.
Target: Evidenza di almeno un progetto nel 50% delle CdC presenti sul territorio aziendale (relazione integrata DCP/DSP).

In continuità con l'anno precedente, anche nel 2023, è stata garantita la collaborazione con il DSP dell'AUSL di Bologna in merito ai corsi di disassuefazione dal fumo all'interno delle Case della Comunità. Sono stati attivati n. 2 corsi nella Casa della Comunità Hub di Castel S. Pietro Terme oltre ad interventi di promozione della salute su tutti i temi nelle CdC di CSPT, Medicina, Vallata del Santerno e del territorio di Imola, in collaborazione con l'associazionismo, tramite incontri aperti alla cittadinanza.

- Attività da parte dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità**. Target: evidenza del numero di IFeC presenti, della tipologia di pazienti in carico, delle attività svolte (relazione).

Nel solco del DM 77/2022 si inquadra anche l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici, nonché gli interventi di consolidamento e/o potenziamento delle azioni aziendali in tema di Cure Domiciliari e Rete delle Cure Palliative.

Nel 2023 è stato attivato e concluso il percorso formativo specifico per assegnare il ruolo di IFEC con formazione residenziale e sul campo. Al termine è stata formulata una graduatoria di professionisti idonei, si è in attesa del reclutamento delle risorse necessarie per implementare la funzione nel territorio aziendale.

Da piattaforma regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024), nell'ambito dell'area sul potenziamento dell'assistenza territoriale, si riporta il risultato 2023 di obiettivi/indicatori sul tasso di ospedalizzazione in età adulta e pediatrica e per alcune selezionate patologie croniche, previsti dal Nuovo Sistema di garanzia, di cui i primi due indicatori specificatamente previsti dalla DGR 1237/2023:

- (**IND828**) Tasso di ospedalizzazione std in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Indicatore NSG: D03C. Target: ≤ 261 per 1000 ab.

L'Azienda nel 2023 registra un tasso std pari a 230,38 vs un tasso 2022 di 240,69. Il tasso regionale 2023 risulta pari a 259,16.

- (**IND829**) Tasso di ospedalizzazione std in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C. Target: $\leq 56,38$ per 1000 ab.

L'AUSL di Imola nel 2023 registra un tasso std pari a 111,76 vs 139,04 del 2022. Il tasso regionale 2023 risulta pari a 76,52.

Seguono gli indicatori osservazionali, per singole patologie croniche, monitorati nella medesima area SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024):

- (**IND882**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete - parte di indicatore NSG: D03C.

L'Azienda presenta un tasso std 2023 pari a 27,51. Il tasso std regionale risulta pari a 34,36.

- (**IND883**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per BPCO parte di indicatore NSG: D03C.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra un tasso std 54,45. Il tasso std regionale risulta pari a 38,62.

- (**IND884**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per scompenso - parte di indicatore NSG: D03C.

L'Azienda mostra un tasso std 2023 pari a 148,42. Il tasso std regionale risulta pari a 187,28.

- (**IND885**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma - parte di indicatore NSG: D04C.

Il tasso std aziendale nel 2023 risulta di 51,31. Il tasso std regionale è pari a 14,48.

- (**IND886**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite - parte di indicatore NSG: D04C.

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta un tasso std pari a 60,45. Il tasso std regionale è pari a 61,04.

OBIETTIVO 2.2: Cure Palliative

Risultati 2023

L'AUSL di Imola, a seguito dei provvedimenti regionali relativi alle cure palliative, ha attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle **Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)**. Nel 2023, viene richiesto il completamento della rete di cure palliative (con tutti i nodi previsti e le équipes). In particolare, dovranno essere completati gli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

Indicatore e target:

- Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore. Target: $\geq 60\%$.
- Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore. Target: + 5% rispetto al 2021.

La riorganizzazione della rete locale delle cure palliative così come prevista dalla DGR 560/2015 è stata avviata nel 2016 con la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale che ha coinvolto operatori del territorio e dell'area ospedaliera. In questo contesto è stata definita la funzione di coordinamento della Rete e sono state riviste le modalità di raccordo tra i nodi individuati (ambulatorio, assistenza domiciliare, Hospice, ospedale). Con Deliberazione 36/2019, l'AUSL di Imola ha approvato l'istituzione della Rete Locale di Cure Palliative, individuando il "Gruppo di Coordinamento" e la "Rete dei Referenti" di cui il Gruppo di Coordinamento si avvale, definendo gli obiettivi per la presa in carico del paziente e della sua famiglia. È stata, pertanto, ridisegnata la rete di cure palliative, definendone la mission, i nodi con le rispettive finalità e aree di attività, i percorsi assistenziali all'interno della rete con relative interfacce, nonché i servizi a supporto della rete, tra cui il volontariato di settore.

Nel 2023 risulta in aumento il numero di prese in carico nell'ambito della RLCP (somma dei quattro nodi) rispetto all'anno precedente, passando da 551 + 7 pazienti pediatrici nel 2022 (totale 558) a 641 + 5 pazienti pediatrici (totale 646) nel 2023.

Nel 2023, si registra un aumento consistente del numero di pazienti presi in carico nel setting ambulatoriale: 22 prime visite e 74 visite di controllo per un totale di 96 visite ambulatoriali (nel 2022: 9 prime visite e 37 visite di controllo = 46 visite ambulatoriali totali). In aumento nel 2023 anche l'attività del nodo domicilio: 197 pazienti seguiti nel 2023 vs 179 pazienti seguiti nel 2022. In aumento le consulenze palliative ospedaliere che da 121 nel 2022 risultano 153 nel 2023. In lieve flessione risulta il numero di ricoveri in Hospice: 200 nel 2023 vs 212 nel 2022, in relazione all'aumento di casi con fragilità della rete

familiare/amicale, in difficoltà nell'accogliere e soddisfare bisogni ed esigenze assistenziali del paziente a domicilio.

Anche nel 2023, come negli anni precedenti, è proseguita l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri, operanti nella Rete di Cure Palliative, in particolare sono stati attivati i percorsi di formazione per il raggiungimento di conoscenze, competenze ed abilità necessarie allo svolgimento dell'attività professionale. L'attività formativa in cure palliative è stata rivolta anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche

Nel 2023 è proseguito l'impegno professionale della presa in carico di pazienti affetti da patologie non oncologiche in fase terminale (es: malattie neurologiche – SLA, demenza, Parkinson, Scompenso cardiaco refrattario, Insufficienza Renale, Pneumopatie croniche evolutive). Nel 2023 la RLCP di Imola ha preso in carico 30 pazienti con patologia cronico-evolutiva a prognosi infausta, NON oncologici, vs 33 pazienti nel 2022. L'eleggibilità alla presa in carico di pazienti con fase avanzata di malattia non neoplastica è stata valutata tramite gli strumenti di identificazione dei bisogni di cure palliative riconosciuti a livello di letteratura scientifica internazionale: NECPAL, SPICT, documento SIAARTI (grandi insufficienze d'organo "end stage").

Nel 2023 è proseguita, in continuità con gli anni precedenti, la collaborazione operativa, su segnalazione del Geriatra Territoriale, per la presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA: in tali strutture residenziali, sono stati seguiti 12 pazienti di cui 6 con patologia non oncologica e 6 con patologia oncologica; nel 2022 erano stati seguiti 8 pazienti di cui 6 non oncologici e 2 oncologici (fonte dati interna alla RLCP).

Il riconoscimento appropriato dei bisogni di cure palliative in tale contesto (CRA) ha consentito una corretta gestione del paziente, migliorando la qualità assistenziale e favorendo la pianificazione condivisa delle cure anche con il coinvolgimento dei familiari. I benefici delle cure palliative sono stati ottenuti attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia. In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali. Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio è in fase di elaborazione un documento di individuazione e definizione di un percorso clinico-assistenziale appropriato tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale

Negli ultimi anni è stata riconosciuta l'importanza della presa in carico precoce del paziente affetto da malattia cronico-evolutiva a prognosi infausta, oncologica e non oncologica. La necessità di integrazione precoce tra discipline specialistiche e cure palliative riscuote ampi consensi basati sull'evidenza clinica e sui dati di letteratura e sono finalizzate al raggiungimento di una migliore qualità di vita (modello *Simultaneous Care*). Nel 2023, grazie all'assunzione in ruolo di una unità medica, dal 01.11.23 e di un 1 medico di MMG con contratto ATP (attività territoriali programmate per l'assistenza medico generica nei servizi della RLCP) per 12 ore settimanali, dal 11.04.23 è stato possibile migliorare la presa in carico precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative (ambulatorio cure palliative, modello early palliative care, simultaneous care).

Nel 2023 sono state avviate azioni di miglioramento delle attività all'interno della Rete, finalizzate a:

- Potenziare la cultura delle cure palliative precoci. Lavorare per pianificazione, programmando in modo proattivo le scelte diagnostico-terapeutiche per sostenere i familiari e i curanti nella gestione della ter-

minalità. Tale azione di miglioramento è stata ottenuta con la partecipazione ed integrazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.

- Avviare gruppi di lavoro per la definizione di strumenti e modelli finalizzati all'attivazione tempestiva dei servizi sociali esplorando le possibilità di risposte assistenziali nei pazienti con fragilità socio-familiare.
- Proseguire nel monitoraggio e raccolta dei dati in riferimento degli indicatori di attività e performance della Rete con il supporto dell'Unità Operativa di Tecnologie Informatiche (UOC TSIR) per la valutazione della qualità assistenziale.
- Proseguire nell'attività di formazione dei professionisti che lavorano all'interno della Rete e che si interfacciano con la Rete. In programma nei prossimi mesi attività di formazione sulle cure palliative ai professionisti del DEA ed Ara Critica di Montecatone.
- Proseguire l'attività di ricerca avviata dal 2022 in riferimento a: "nuovo studio prospettico, osservazionale, multicentrico, no-profit su validazione di un sistema di valutazione della complessità clinico-assistenziale del paziente oncologico in cure palliative domiciliari", approvato con DGR 861 del 14/06/2021 "Programma di ricerca sanitaria finalizzata dell'Emilia-Romagna (FIN-RER)".

Si riporta di seguito il monitoraggio degli indicatori (DGR 1237/2023) disponibili su piattaforma regionale SIVER, relativi al 2023:

- **D30Z** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (Target: $\geq 60\%$).

L'indicatore registra nel 2023 un valore aziendale pari al 55,1%, in lieve incremento rispetto al 2022 (52,6%). Il valore medio regionale 2023 risulta pari al 54%.

- **(IND747)** Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente. (+5% rispetto anno precedente).

Nel 2023 la variazione % rispetto al 2022 risulta pari a -13,76%. Nel 2022 si registrava un incremento del +30,24%. Il valore medio regionale 2023 risulta paria a -5,16%.

Gli indicatori più adeguati a una valutazione dell'efficacia della presa in carico nella Rete sono riportati anche nella Circolare RER 9/2018, integrativi della DGR 1770/2016. Tra questi, nell'ambito della RLCP dell'AUSL di Imola, si sta monitorando, in collaborazione con il Servizio di Tecnologie informatiche aziendale, un indicatore di efficacia dell'attività aziendale:

- Pazienti in carico alla domiciliare (UCPD cure palliative di base e specialistiche) deceduti in ospedale/ totale dei pazienti presi in carico all'UCPD.

Anno 2022. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 179 di cui deceduti in ospedale 9/179 = 5%.

Anno 2023. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 197 di cui deceduti in ospedale 23/197 = 12%.

Si ritiene che tali dati rappresentino in modo più realistico l'effettiva attività di presa in carico oncologica e non oncologica, posto, quale compito fondamentale, quello di allargare tale attività anche a pazienti che non vengono ancora segnalati alla Rete dal livello territoriale ed ospedaliero.

Per allargare la platea dei pazienti con bisogni specifici di cure palliative, presi in carico dalla Rete, l'azione di miglioramento avviata nel 2023 vedrà nel 2024 la partecipazione strutturata ai briefing con i colleghi dell'Oncologia.

OBIETTIVO 2.3: Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta.

La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR, che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, si richiede di promuovere in particolare il principio di «casa come primo luogo di cura».

Risultati 2023

Nel 2023, l'Azienda in continuità con gli anni precedenti ha garantito il potenziamento della presa in carica delle persone fragili e non autosufficienti attraverso la continuità assistenziale.

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). Almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione.
- Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3). Target: >2,6 (CIA1); >1,9 (CIA2); >1,5 (CIA3).
- Pazienti >65 anni presi in carico in ADI. Target AUSL Imola: > 5.600 popolazione residente >65 anni.

Si riportano di seguito gli indicatori monitorati nel 2023 disponibili su Piattaforma SIVER:

- (**IND289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. (Target >= 50%).

Il dato 2023 risulta pari a 51,96% in significativo miglioramento rispetto al 2022 (33,01%). Il dato medio regionale risulta pari a 45,16%.

Su piattaforma SIVER è disponibile il monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia che propone un set di indicatori sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale.

L'indicatore NSG che segue fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA1, CIA2, CIA3). L'indicatore complessivo è una combinazione lineare dei tassi, per 1.000 abitanti, dei pazienti assistiti per singolo livello di intensità assistenziale.

- **D22Z** Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) – NSG. Valore di riferimento: >60

Il tasso dell'AUSL di Imola, nel 2023, risulta pari a 100, confermando la tendenza degli ultimi tre anni. Il tasso medio regionale risulta pari a 100.

- (**IND907**) Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI – PNRR (Target: >5.600).

L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione residente ≥ 65 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (ADI medica, infermieristica, socio-sanitaria).

L'Azienda nel 2023, con un totale di pazienti assistiti ≥ 65 anni pari a 5.829, registra un 17,66% in linea con l'anno 2022 (16,86%) e nel rispetto dello standard PNRR richiesto. A livello regionale il dato 2023 risulta pari a 10,69%.

- **(IND1020)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>2,6$.

Il tasso aziendale 2023 risulta pari a 5,93 in lieve calo rispetto al 2022 (6,21). Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 5,05.

- **(IND1021)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>1,9$.

Il tasso aziendale 2023 risulta pari a 3,38 vs 3,66 del 2022. Il tasso medio regionale risulta pari a 3,21.

- **(IND1022)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 3 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>1,5$.

Il tasso registrato dall'AUSL di Imola risulta pari a 29,79 in significativo incremento rispetto al 2022 (7,71). A livello regionale il tasso risulta 3,28.

OBIETTIVO 2.4: Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2023 è stato richiesto di garantire l'operabilità di quanto indicato nelle delibere regionali di seguito richiamate al fine di tutelare globalmente la salute dei migranti e dei soggetti vulnerabili:

1) Delibera n. 1304/2022 "Recepimento di accordi nazionali in materia di tutela dei migranti: 1) linee guida per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza; 2) i controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. attuazione a livello regionale".

2) Delibera n. 2313/2022 "Recepimento dell'accordo nazionale "protocollo multidisciplinare, per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati "attuazione a livello regionale".

Risultati 2023

L'équipe Migranti e Vulnerabilità, coordinata dal Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola, è costituita da operatori di diversi servizi sanitari, sociali e del terzo settore. Nel corso dell'anno 2023 si è riunita in 5 occasioni. Lo stesso gruppo ha organizzato e condotto un ciclo di 6 incontri laboratoriali destinati ad ospiti dei centri di accoglienza del nostro territorio.

I temi trattati nei laboratori riguardano la prevenzione e la presentazione dei servizi sanitari e le modalità di accesso più adeguate.

Si è lavorato alla stesura della "Procedura per la determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati" (MSNA) Aziendale alla quale hanno collaborato i servizi interessati (in fase di pubblicazione).

OBIETTIVO 2.5: Percorso Nascita

Per il 2023, è stato disposto un rafforzamento degli interventi per il percorso nascita (appropriatezza dei percorsi assistenziali e continuità assistenziale) nell'ambito del progetto "primi 1000 gg" con tutti gli attori della rete e implementare azioni proattive (visite domiciliare, consulenze telefoniche) per facilitare l'accesso ai servizi nel periodo postnatale e il sostegno per le donne, coppie, puerpere in condizioni di fragilità.

In particolare, si richiede di promuovere l'assistenza in autonomia dell'ostetrica, all'interno di equipe di professionisti, nel percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio) fisiologico. Inoltre, dovrà essere rafforzato il lavoro di rete che coinvolge tutti gli attori che con ruoli differenti sostengono la donna nell'allattamento. La DGR 1237/2023 propone un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso nascita, che potrà raggiungere un valore massimo di 30 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti componenti:

- % gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica/tot. parti (STANDARD: $\geq 61,7\%$ - Flusso Cedap – 2022).
- % travagli assistiti dall'ostetrica/tot. travagli (STANDARD $\geq 33,7\%$ - Flusso Cedap – 20221).
- % tagli cesari della I classe di Robson (STANDARD $\leq 5,8\%$ - Flusso Cedap – 2022).
- % di allattamento completo a 3 mesi (STANDARD $\geq 56\%$ - Flusso AVR 2021).
- % di allattamento completo a 5 mesi (STANDARD $\geq 47\%$ - Flusso AVR 2021).
- % di completamento della FAD allattamento (neoassunti e personale consultori, punti nascita, pediatria ospedaliera, pediatria di comunità, PLS) (STANDARD: $\geq 30\%$ del personale dei servizi indicati).

Risultati 2023

Si riporta di seguito il monitoraggio regionale su SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024) del nuovo indicatore composito sul Percorso Nascita sopradescritto e a seguire il monitoraggio specifico dei 6 indicatori che lo compongono.

Indicatori e target

Indicatore composito Percorso Nascita (Target: > 18).

- (**IND1019**) Indicatore composito percorso nascita. Valore di riferimento: ≥ 18 .

Nel 2023 l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 22 punti. Il valore regionale risulta pari a 25 punti.

Si riportano gli esiti 2023 disponibili su SIVER in relazione ai singoli indicatori del "Percorso nascita":

% gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica/tot. parti (STANDARD: $\geq 61,7\%$)

- (**IND995**) % gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica sul totale dei parti.

Il valore aziendale risulta pari a 50% vs 53% nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 63,63%.

% travagli assistiti dall'ostetrica/tot. travagli (STANDARD $\geq 33,7\%$).

- (**IND996**) % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli.

L'AUSL di Imola registra un valore 2023 pari a 39,33% vs 31,7% del 2022. Il valore regionale risulta pari a 30,37%.

% tagli cesari della I classe di Robson (STANDARD $\leq 5,8\%$ media regionale 2022).

- (**IND921**) % di parti cesarei nella 1 classe di Robson.

L'Azienda nel 2023 mostra un miglioramento: 3,09% vs 6,74% nel 2022. Il valore medio regionale risulta 5,8%.

% di allattamento completo a 3 mesi (STANDARD \geq 55%)

- (**IND526**) % std allattamento completo a 3 mesi.

Nel 2023 si rileva un valore aziendale pari a 55,79%. Il valore medio regionale risulta del 56,05%.

% di allattamento completo a 5 mesi (STANDARD \geq 47% - Flusso AVR 2021).

- (**IND527**) % std allattamento completo a 5 mesi. Valore di riferimento: \geq 47%.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 51,84%. Il valore medio regionale risulta del 49,39%.

% di completamento della FAD allattamento (neoassunti e personale consultori, punti nascita, pediatria ospedaliera, pediatria di comunità, PLS) (STANDARD: \geq 30% del personale dei servizi indicati). La FAD allattamento regionale è stata completata da 85 dipendenti dell'AUSL di Imola nel 2023.

- (**IND1010**) % di completamento della FAD allattamento. Valore di riferimento: \geq 30%.

L'Azienda registra un completamento nel 2023 pari al 70,59% sul numero degli iscritti (85/119).

Il Consultorio Familiare di Imola propone da molti anni il Percorso nascita che si struttura attraverso incontri presso gli spazi del Consultorio Familiare destinati a donne in gravidanza, puerpere oltre che ai padri. Questo tipo di incontri, volti a rinforzare le competenze di madri e padri, risulta gradito e molto partecipato.

Gli incontri di gruppo complessivi proposti nell'anno 2023, inerenti il percorso nascita, sono stati **192** (nel 2022: 163). Tra questi, 36 sono stati condotti da figure professionali sanitarie (sanità pubblica, medicina del lavoro, psicologhe del consultorio, pediatri di libera scelta, neuropsichiatria) e del terzo settore (nati per leggere, educatrici dei nidi di infanzia, volontarie) e 24 sono stati corsi di accompagnamento alla nascita (composti di 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa).

Dai dati aziendali risulta che nel 2023 la percentuale di donne in gravidanza seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare è stata pari al 96% (690 donne in gravidanza seguite dal Consultorio Familiare su 718 parti). Nel 2023 sono state assistite alla gravidanza in Consultorio Familiare 235 donne migranti.

Secondo i dati aziendali, nel 2023, sono stati organizzati 24 corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre, sono stati organizzati 25 corsi (29 incontri) per neogenitori.

I nati ad Imola nel 2023 sono stati complessivamente 723 (nel 2018: 938; nel 2019: 888; nel 2020: 852; nel 2021: 826; nel 2022: 751). Nel 2023 è proseguita l'attività di presa in carico delle puerpere alla dimissione dall'ospedale. L'accesso dell'Ostetrica del Consultorio Familiare in ospedale si svolge tre volte alla settimana. In quell'occasione l'ostetrica prende contatto direttamente presso l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia per la presa in carico alla dimissione della puerpera e del neonato. A tutte le puerpere si propongono i diversi servizi offerti dal Consultorio Familiare a supporto del puerperio e dell'allattamento.

In totale gli accessi delle ostetriche presso l'ospedale nel 2023 sono stati n. **152** come nel 2022, mentre negli anni precedenti erano stati n. 39 nel 2021 e n. 43 nel 2020. L'assistenza alla puerpera dopo la dimissione è declinata in diverse attività dell'equipe consultoriale e svolta nei vari setting (ambulatorio, domicilio e Pronto Mamma telefonico). Le visite domiciliari da parte dell'Ostetrica sono state **110** vs 73 del 2021 e 102 del 2020.

L'assistenza ambulatoriale al puerperio è garantita su prenotazione e in libero accesso dal 7 aprile 2023 con l'implementazione dello spazio "Mamme di tutti i colori" (venerdì da 09:30 a 12:00).

Il numero totale di accessi delle puerpere all'ambulatorio è migliorato rispetto all'anno precedente (1.046 accessi nel 2023, +361 rispetto al 2022). Il sostegno alle puerpere è sempre da intendersi come un prezioso lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio stesso (ginecologhe, ostetriche e psicologhe) sia con altri eventuali servizi coinvolti (UOC Ostetricia-Ginecologia, ASP, UONPIA e Pediatria).

Nel periodo ottobre-dicembre 2023 c'è stata l'opportunità, grazie all'utilizzo delle risorse di un Fondo Vincolato erogato dalla RER, di avvalersi della collaborazione di un'ostetrica interinale che ha svolto attività di sostegno al puerperio, rivolta principalmente alle donne migranti e ai loro bambini.

L'attività denominata "La Tana della Mamme" è uno spazio a libero accesso dedicato alle madri e ai loro bimbi fino ad 1 anno di età. Il sostegno telefonico al puerperio e all'allattamento, con l'ausilio del numero del Pronto Mamma, attivo da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8-13, si mantiene uno strumento molto utilizzato (n. **1330** telefonate nel 2023).

| ASSISTENZA AL PUERPERIO | 2023 | 2022 | Diff. 2023/2022 | |
|--|--------------|--------------|----------------------------|-------|
| Accessi a domicilio | 110 | 115 | -5 | -4% |
| Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce) | 152 | 152 | 0 | 0% |
| Accesso delle puerpere ambulatorio consultoriale | 1.406 | 1.045 | +361 | 34,5% |
| Pronto Latte- assistenza al puerperio e allattamento n° telefonate | 1.330 | 1.431 | -101 | -7% |

Al fine di mantenere alta l'attenzione rispetto al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per favorire il precoce riconoscimento e la presa in carico delle maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie, le Operatrici del Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola hanno proseguito le attività iniziate nel 2020 previste dal Progetto Ministeriale "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum", tramite somministrazione di uno screening che evidenziasse l'insorgere di disturbi emotivi perinatali tramite il questionario di Whooley. L'efficacia dello screening si è dimostrata molto alta e per questa ragione lo strumento viene somministrato a tutte le donne in gravidanza in carico al Consultorio durante il primo colloquio di gravidanza condotto dall'ostetrica, nei due trimestri successivi e nei colloqui di presa in carico nell'ambulatorio delle Gravidanze a Termine.

L'obiettivo è quello di individuare precocemente le gravide o puerpere a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale prevedendo, nei casi individuati come portatori di significativo disagio, l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

Sono stati raccolti 450 questionari presso il Consultorio di Imola (488 nel 2022), 65 nella sede di Castel San Pietro (31 nel 2022) e 71 a Medicina (26 nel 2022) per un totale complessivo di **586** vs i 545 questionari nell'anno 2022. Sono stati somministrati in quattro momenti distinti del percorso della gravidanza, alle stesse donne. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della signora, in una presa in carico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto.

Il primo colloquio ostetrico è stato effettuato in Consultorio Familiare al 100% delle donne in gravidanza

(rapporto tra gravide che hanno fatto il 1° colloquio = **722** e totale parti = **718**). Tale dato se confrontato al 2022 risulta aumentato (93% nel 2022).

OBIETTIVO 2.6: Percorso IVG

Per il 2023 le Aziende devono garantire il percorso di IVG farmacologica a livello ambulatoriale e favorire la valutazione della qualità percepita dalle donne relativamente al percorso IVG (chirurgico e farmacologico) sia nei consultori che negli ospedali, utilizzando semplici strumenti per la disseminazione dell'informazione e del QR code per la compilazione del questionario di gradimento on-line.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso IVG, potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti due componenti:

- Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche (STANDARD $\geq 25\%$ - Flusso ISTAT IVG).
- % di schede di gradimento raccolte/tot IVG effettuate (STANDARD $\geq 50\%$ - Fonte RER).

Risultati 2023

Nel 2022 si è cercato di garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e farmacologica avendo recepito nell'anno 2021 le indicazioni Regionali in merito alla IVG farmacologica fino al 63° giorno di amenorrea tramite stesura del "Percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza per via farmacologica" che prevede la possibilità di offrire l'IVG farmacologica fino alla 63° giornata di amenorrea). Nel 2023, in continuità con il 2022, si è operato al fine di ridurre i tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico. Per quanto riguarda invece la somministrazione di IVG farmacologica presso il Consultorio Familiare fino al 49° giorno di amenorrea, in accordo con la Direzione Sanitaria e come riferito anche in Regione Emilia-Romagna, tale applicazione sarà concretizzata contestualmente all'apertura degli spazi della Casa della Comunità che saranno contigui al Consultorio garantendo disponibilità di spazi che ora non ci sono.

- (**IND908**) % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche.
Valore di riferimento: $\geq 25\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2023 come nel 2022 risulta non aver effettuato IVG farmacologiche. La % regionale risulta pari a 26,54%.

OBIETTIVO 2.7: Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Per il 2023 è stato richiesto di rafforzare l'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino ai 26 anni di età e attivare azioni per prevenire le malattie sessualmente trasmesse. Deve inoltre essere garantito il benessere psicologico relazionale degli adolescenti. Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza rivolta agli adolescenti, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 4 componenti:

- N. ragazzi che accedono agli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione/pop. target (giovani 14-26 anni) (STANDARD 10,2% anno 2021 – dati SICO).

- N. contraccettivi forniti ai consultori/pop. target (giovani 14-26 anni) (STANDARD 50% anno 2021 - dati AFO DiMe).
- Numero di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani/pop. target (14-19 anni) (STANDARD 1,3% anno 2021– dati SICO).
- Numero di accessi negli SG per supporto psicologico effettuati dagli/le adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani (STANDARD 4,6% anno 2021– dati SICO).

Risultati 2023

I dati gestionali da fonte interna nel 2023 mettono in evidenza un numero di utenti in carico pari a 813 giovani 14-19 anni (vs 722 nel 2022) ed un numero di accessi pari a 3.465 (vs 3.104 nel 2022).

Sempre da fonte gestionale interna, per quanto riguarda lo spazio giovani adulti 20-34 anni, si rileva un numero di utenti in carico pari a 720 vs 699 nel 2022. Il numero degli accessi per questo target è risultato pari a 1.704, in significativo aumento rispetto al 2022 (1.543 accessi).

OBIETTIVO 2.8: Contrasto violenza

È stato richiesto di svolgere le attività di promozione della conoscenza dei Centri Liberiamoci dalla Violenza (LDV) delle Aziende AUSL, mediante la diffusione della campagna regionale "Chiedo per un amico" e iniziative di rafforzamento delle conoscenze in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia e adolescenza. Un indicatore combinato, per valutare contemporaneamente più aspetti dei progetti di contrasto alla violenza, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti 3 componenti (per le Aziende che non ospitano il Centro LDV si userà un valore neutro):

- N. primi contatti da parte degli uomini al Centro LDV nell'anno.
- Numero di iscritti del 2023 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" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 25%).
- Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 30%).

Risultati 2023

L'attività del Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è proseguita anche nel 2023. Le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori hanno impegnato su più fronti le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico con attività di prevenzione, sensibilizzazione e presa in carico delle donne che hanno subito maltrattamento.

Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Sono state 8 le convocazioni durante l'anno dei membri del Tavolo Tecnico composto da figure professionali sociosanitarie dei Centri Antiviolenza e dalle Forze dell'Ordine del territorio per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere. Il Tavolo si è dato il compito di alternare incontri organizzativi ad incontri a carattere clinico. L'intento è stato quello di un confronto su casi complessi presi in carico in modo trasversale da più servizi per ottimizzare le azioni e

individuare aree di miglioramento. Questa metodologia ha reso più solida e operativa la rete per il contrasto e la presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti.

- Inserimento di un nuovo membro operante presso il Pronto Soccorso aziendale nella figura di una psicologa della Psicologia Ospedaliera che, presso il PS, accoglie e incontra donne per favorire un loro primo accesso alla rete.
- Aggiornamento della procedura aziendale "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza". Si è provveduto a rivisitare tutto il percorso al fine di riattualizzarlo con particolare riferimento al Pronto Soccorso, oltre che a tutti i servizi che compongono la rete e i Centri Anti Violenza del territorio e a pubblicarlo.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole con interventi presso alcuni Istituti secondari di secondo grado con gruppi classe per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere. Sono stati coinvolti ragazzi ed insegnanti.
- Programmazione ed attuazione di un corso destinato alle operatrici di un Centro Anti Violenza sui temi del Trauma e dei suoi effetti sulle vittime e presentazione della rete dei servizi attivi sul territorio.
- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri condotto da due psicologhe del Consultorio sui temi del riconoscimento precoce del maltrattamento e la conoscenza della rete dei servizi per l'invio e la presa in carico delle donne vittime di violenza.
- Presa in carico psicologica e psicoterapeutica di donne che subiscono violenza oltre che degli uomini autori di maltrattamenti che si sono rivolti al Consultorio Familiare o che sono stati inviati da altri servizi del territorio.

OBIETTIVO 2.9: Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019). Per il 2023 è stato posto come prioritario l'obiettivo di garantire valori di performance pari almeno al 90% in ciascuna prestazione, di garantire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale. Si conferma, inoltre, la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione dei medici. Si ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale, ed in particolare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata.

Si richiede inoltre di potenziare le disponibilità di prestazioni tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, deve essere concluso il caricamento di tutte le prestazioni di primo accesso (tipo accesso 1 e classi di priorità B, D, P della ricetta, comprese le visite di controllo con codice esenzione per patologia).

Infine, saranno oggetto di monitoraggio le prestazioni erogate in telemedicina e l'aggiornamento dei percorsi di Day Service per la presa in carico dei pazienti. Pertanto, per l'anno 2023, la DGR 1237/2023 definisce i seguenti obiettivi di seguito rendicontati.

Risultati 2023

Indicatore 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 (%). Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola nel 2023 conferma un raggiungimento di una performance del 90,85%.

In riferimento al monitoraggio dei **tempi di attesa delle prestazioni con classe di priorità B**, si fa riferimento all'indicatore del **NSG (D10Z)** monitorato su SIVER. L'indicatore misura la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B - Breve (≤ 10 giorni).

Indicatore e target:

- (**IND831**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – NSG: D10Z. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2023 il dato riferito all'AUSL di Imola risulta pari a 96,52%, in incremento rispetto al 2022 (89,11%) e nel pieno rispetto del target. Il valore medio RER 2023 risulta pari a 75,35%.

In merito all'**appropriatezza prescrittiva**, di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22, viene posto quale obiettivo:

- Formazione MMG e specialisti. Target: $\geq 70\%$ medici.

La formazione obbligatoria destinata ai Medici di Medicina Generale ed agli specialisti, nel 2023, ha riguardato gli argomenti riportati in tabella. Nel corso dell'anno sono stati progettati e realizzati 2 eventi formativi che hanno registrato complessivamente n. 117 partecipazioni. Al 31/12/2023 risultano presenti n. 93 MMG e 24 Medici Specialisti ambulatoriali per un totale di n. 117 Medici.

| Titolo evento | n. partecipanti | % sul totale Medici |
|--|-----------------|---------------------|
| ANTICOAGULANTI ORALI NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NOTA 97 | 65 | 56% |
| L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN AREA DERMATOLOGICA | 52 | 44% |
| TOTALE | 117 | |

La **presa in carico** prevede la promozione della prescrizione **da parte dello specialista** e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (nota prot. 0282798.U del 21-3-22).

Indicatore e target:

- Formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presa in carico. Target: $\geq 70\%$.

Per quanto attiene a questo ambito è stata realizzata una iniziativa formativa intitolata "La formazione del medico di medicina generale di nuova istituzione" (Cod. GRU 6385.1) avente l'obiettivo di sensibilizzare i partecipanti sulle modalità operative dell'appropriatezza prescrittiva, sull'accesso alla specialistica

ambulatoriale e sulla gestione dell'ambulatorio del MMG, alle modalità di integrazione con la figura dell'infermiere; hanno partecipato n. 17 medici.

Per quanto attiene alla prescrizione da parte dello specialista e alla prenotazione da parte della struttura:

- Numero di *prescrizioni di visite di controllo tipo accesso 0* da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo tipo accesso 0 (%). Target: $\geq 95\%$.
- Numero di *prenotazioni delle visite di controllo tipo accesso 0* effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 (%). Target: $\geq 90\%$.
- Numero di *prescrizioni con tipo accesso 0* effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (escluse visite) (FONTE DEMA). Target: $\geq 95\%$.
- Numero di *prenotazioni con tipo accesso 0* effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite). Target: $\geq 90\%$.

Si riportano gli esiti delle **prescrizioni di visite di controllo** e **prime visite da parte dello specialista**, elaborati su cruscotto SIVER:

- **(IND993)** % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista. Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2023: 83,34% vs 85,93 del 2022. Media RER 2023: 84,51% vs 83,74 del 2022.

- **(IND994)** % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2023: 94,77% vs 94,97% del 2022. Media RER 2023: 94,99% vs 94,24% del 2022.

Gli indicatori sui tempi di attesa che il sistema di rilevazione regionale monitora, su Piattaforma SIVER, per visite ed esami diagnostici, nel 2023 riportano gli esiti seguenti (Flusso MAPS2).

- **(IND319)** Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg. Target: $\geq 90\%$ tutto l'anno.

AUSL Imola 2023: 76,23% vs 56,26% del 2022. Media regionale 2023: 89,71% vs 84,31% del 2022.

- **(IND320)** Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg. Target: $\geq 90\%$ tutto l'anno.

AUSL Imola 2023: 86,38% vs 85,49% del 2022. Media regionale 2023: 93,91 vs 92,45%.

Per quanto concerne il monitoraggio delle **prestazioni di telemedicina** viene richiesto un aumento in valori assoluti delle televisite rispetto al 2022, come previsto dalla Circolare 2/22.

Indicatore e target:

- Aumento Televisite 10% rispetto al 2022.

L'indicatore specifico su piattaforma SIVER:

- **(IND905)** Monitoraggio prestazioni a distanza televisite e prestazioni organizzative. Valore di riferimento: Aumento del 10 % rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola, in riferimento a tale indicatore che rileva le prestazioni di telemedicina a partire dal 2022 secondo le indicazioni ministeriali e regionali, sulla base del flusso ASA e della rilevazione aziendale registra un incremento pari a +22,91% prestazioni rispetto al 2022. L'aumento medio regionale risulta di +15,47%.

OBIETTIVO 2.10: Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

Risultati 2023

L'Azienda nel 2023 ha garantito azioni ed interventi per rendere più efficiente l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti (PA), Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) e Dipendenze patologiche (DP). Particolare attenzione è stata data in merito agli obiettivi/indicatori sotto riportati.

Indicatori e target

Obiettivo. Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella cartella CURE (Salute mentale e NPIA) e SistE. L'obiettivo è da raggiungere in collaborazione con il Servizio Controllo di gestione (corrispondenza pagamento rette/flussi informativi).

Con riferimento alle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento Salute Mentale:

1. **UOC NPIA:** la registrazione dei trattamenti residenziali nella cartella clinica informatizzata CURE è stata completata; rimane da affinare l'allineamento con il dato amministrativo della fatturazione.
2. **UOC DP:** ove la cartella sociosanitaria CURE ha concesso la corretta transizione dalla precedente cartella SISTER, è stata effettuata la registrazione su tutti gli utenti inseriti in trattamenti residenziali e semiresidenziali.
3. **UOC PA:** i trattamenti residenziali registrati in CURE sono allineati con il dato amministrativo del Controllo gestione.

Obiettivo. Rivalutazione percorsi residenziali. Target: 100% degli assistiti inseriti in residenza rivalutati nel corso del 2023.

Le Unità Operative del Dipartimento Salute Mentale hanno garantito quanto segue:

1. **UOC NPIA:** è stato garantito il target per tutti gli assistiti, nella maggior parte dei casi con più incontri annuali.
2. **UOC DP:** tutti gli utenti inseriti dall' UOC DP presso percorsi residenziali sono stati rivalutati (di media ogni quattro mesi) sia attraverso incontri con utenza e personale delle strutture, sia attraverso schede specifiche che dettagliano se i singoli obiettivi del periodo sono stati raggiunti. L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.
3. **UOC PA:** per le persone inserite nelle Residenze sanitarie e Socio-Sanitarie, pur con percorsi diversificati come modalità di inserimento (diretto da parte del CSM nelle Sanitarie e tramite UVM nelle Socio Sanitarie), sono state mantenute le medesime modalità di valutazione e verifica, ovvero la costruzione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI). Tale metodologia, co progettata e co costruita con il Terzo Settore fin dai percorsi di superamento degli Ospedali Psichiatrici, prevede la presenza di PTRI scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e

dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative. Tali PTRI, rinnovati ogni anno, vengono verificati almeno ogni quattro mesi, pertanto, l'obiettivo è da intendersi raggiunto al 100%.

Obiettivo. Residenze a trattamento intensivo (RTI). Target: 20% massimo degli inserimenti con oltre 60 giorni di trattamento, comunque non superiore a 90 giorni.

Con riferimento alle Unità Operative del Dipartimento Salute Mentale:

UOC PA. La RTI, situata all'interno dell'Ospedale della Azienda, adiacente all'SPDC, vede nella maggior parte dei casi l'inserimento di persone in cura al Centro di Salute Mentale del DSMDP. Non è stata più operativa da luglio 2023, usando in seguito, con un accordo extra budget, la RTI AIOP accreditata Villa Azzurra. L'obiettivo è raggiunto al 100%. I dati annui seguenti contengono anche i ricoveri della PA in RTI AIOP:

| | |
|---------------|---------------|
| >90 giorni | 0,0% |
| 61-90 giorni | 5,3% |
| <=60 giorni | 94,7% |
| Totale | 100,0% |

UOC DP. Obiettivo raggiunto al 100%.

Obiettivo. Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E). Target: 30% massimo con oltre due anni di trattamento e comunque non superiore ai 30 mesi.

Obiettivo. Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche). Target: 30% massimo degli inserimenti con oltre 18 mesi di trattamento.

UOC PA. Questa tipologia di Residenze è utilizzata nell'ambito della psichiatria adulti. Le persone vengono inserite prevalentemente nelle due RTRe presenti sul territorio del Circondario Imolese (Casa Franco Basaglia e La Pascola). Come già esposto la metodologia co-progettata e co-costruita, consolidata fin dalla nascita delle due Residenze come residenze sanitarie, prevede la presenza di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative. Le durate dei n.ro 19 trattamenti in essere nelle RTRe a fine 2023 sono così distribuiti:

| | |
|------------|-------|
| >30 mesi | 10,5% |
| 24-30 mesi | 31,6% |
| <=24 mesi | 57,9% |

L'obiettivo non è raggiunto per i trattamenti RTRe con durata >2 anni (= 42,1%), anche se il numero dei casi in assoluto cala da 11 a 8 persone presenti al 1.1.2024 (un ulteriore calo è avvenuto con chiusura di Casa Basaglia a metà gennaio 2024).

Obiettivo. Residenze specialistiche dipendenze. Target: 10% massimo degli inserimenti con oltre 90 giorni per i COD 20% massimo degli inserimenti con oltre 1 anno per le Strutture doppia diagnosi, comunque non superiore ai 18 mesi.

L'obiettivo è stato raggiunto.

OBIETTIVO 2.11: Definizione équipe integrata autismo adulti

Nel 2023 si richiede la definizione di una équipe multiprofessionale integrata adulti dedicata alle persone con disturbi dello spettro autistico. Come indicato dalla DGR n. 63/2023 PRIA, "in ogni ambito aziendale o distrettuale vanno definite equipe territoriali integrate per i disturbi dello spettro autistico in età adulta (Spoke adulti) di riferimento, sanitarie e sociali (DSM-DP e Disabili adulti), raccordate con i Centri di Salute Mentale e il Dipartimento Cure Primarie, al fine di una completa cura della salute".

Risultati 2023

Indicatore e target

- Obiettivo. Definizione di una équipe multiprofessionale adulti. Target: Definizione di una équipe territoriale integrate di riferimento, sanitarie e sociali.

Presso l'AUSL di Imola è attiva dal 2018 una équipe multiprofessionale integrata adulti dedicata alle persone con disturbi dello spettro dell'autismo (Spoke Autismo Adulti). Dal 2018 vengono regolarmente rendicontate le attività, anche alla Regione, nei modi e luoghi deputati/richiesti.

L'équipe è funzionale e multiprofessionale ed è composta da: un psicologo psicoterapeuta Referente aziendale Autismo, un psichiatra Referente Spoke Autismo Adulti, un psicologo psicoterapeuta, un psicologo BCBA (ABA), uno psicologo e tre educatori professionali. Alcuni operatori lavorano anche nello Spoke Autismo Minori della NPJA al fine di garantire il lavoro integrato Minori / Adulti e la continuità dei percorsi di cura. Lo Spoke Autismo Adulti ha il compito di dare attuazione alle indicazioni del PRIA (Programma Regionale Integrato per l'assistenza alle persone con Autismo) per quanto riguarda la valutazione diagnostica e la presa in carico delle persone con disturbi dello spettro dell'autismo (PcASD).

Nello specifico si garantisce:

- Facilitazione dei percorsi di transizione ai servizi dell'età adulta.
- Valutazioni diagnostiche secondo protocollo PRIA.
- Partecipazione alla costruzione del Progetto di vita Individuale in integrazione socio-sanitaria con i Servizi Disabili adulti e ASP (UVM, TIC, verifiche periodiche PDTI in struttura) in affiancamento e supporto allo psichiatra referente per territorio.
- Gruppi di Abilità sociali per PcASD Livello 1 e 2 (secondo DSM5).
- Psicoterapia individuale e Colloqui psicologici.
- *Parent Training*: sia a Imola che a Medicina.
- Magicamente Gruppi strutturati per l'incremento delle autonomie sociali e personali per PcASD Livello 3 (secondo DSM5): Appalto con cooperativa per gestione del Progetto Magicamente attraverso Budget di salute.
- Percorsi integrati Psicoeducativi-IPS per l'inserimento lavorativo.
- Consulenze di Analisi del comportamento applicata (ABA) nei percorsi integrati di gestione delle emergenze comportamentali.
- Consulenze per la Desensibilizzazione alle pratiche mediche minimamente invasive.

- Partecipazione Tavoli istituzionali di partecipazione sociale quali Tavolo Aziendale Autismo, CUF aziendale, Tavolo Circondariale Disabilità, Incontri Regionali con associazioni autismo (PRIA).
- Partecipazione incontri regionali Hub e Spoke.

OBIETTIVO 2.12. Disturbi del comportamento alimentare (DNA)

La DGR 1237/2023 ha richiesto, nel corso del 2023, la definizione, pubblicazione, implementazione e verifica del PDTA DNA per le Aziende USL che non l'hanno ancora definito.

Indicatore e target:

- Definizione di un PDTA DNA. Definizione PDTA formalizzato entro il 2023 per le Aziende USL che non hanno ancora un PDTA formalizzato.
- Qualità del PDTA. Per le Aziende USL che attiveranno il PDTA nel corso del 2023: almeno il 50% degli assistiti* con programma DCA valorizzato nella cartella CURE.

(*) Caratteristiche assistiti con Programma DCA in CURE che saranno oggetto di valutazione: - età dagli 11 ai 40 anni - diagnosi principale con i seguenti codici: Codice ICD-9: 307.1 Anoressia nervosa, 307.5 Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione, 307.50 Disturbi dell'alimentazione, non specificato, 307.51 Bulimia nervosa, 307.59 altri disturbi dell'alimentazione; ICD 10: F50.0 Anoressia nervosa, F50.1 Anoressia nervosa atipica, F50.2 Bulimia nervosa, F50.3 Bulimia nervosa atipica, F50.9 Disturbo dell'alimentazione non specificato.

Risultati 2023

L'AUSL di Imola ha deliberato nel 2011 la creazione di un gruppo aziendale multidisciplinare per la valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi della alimentazione. Il gruppo ha costruito, nel corso del 2023, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) PDTA che ha lo scopo di tracciare il profilo di un modello organizzativo con requisiti di appropriatezza ed efficacia nella gestione e nella cura dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN). Tale modello organizzativo è volto a migliorare l'assistenza al paziente con DAN, promuovendo la sicurezza, ottimizzando le risorse e integrando le diverse competenze cliniche e organizzativo-gestionali, si reso necessario, quindi, definire specificatamente tutte le singole fasi del processo dall'assessment alla presa in cura complessiva multidisciplinare fino alle attività di follow up successive alle dimissioni.

Per quanto attiene il secondo indicatore che prevede almeno il 50% degli assistiti con programma DCA valorizzato nella cartella CURE, sebbene il PDTA sia stato terminato a fine anno 2023 e pubblicato su DocWeb il 3 gennaio 2024 (DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE doc. Nr. 7086 - versione 1 del 03/01/2024 PDTA Disturbi dell'alimentazione.pdf - Documento redatto da: Gruppo multiprofessionale e multidisciplinare con l'individuazione del Responsabile clinico e/o organizzativo), le modalità descritte erano già messe in atto da diversi anni. Estruendo dalla cartella informatizzata CURE gli assistiti con le caratteristiche previste dall'indicatore, l'obiettivo risulta pienamente raggiunto a livello dipartimentale, poiché dei 79 assistiti nelle due UOC NPJA e UOC PA 39 assistiti hanno in atto il percorso previsto nel PDTA DAN.

Va, inoltre, precisato che, per le modalità di costruzione di CURE, non può essere aperto tale PDTA se la persona non stia effettuando un percorso psicoterapeutico con uno psicologo del DSM-DP anche nel caso vi sia un significativo impegno di psichiatra, pediatra o internista, dietista attraverso colloqui individuali, familiari e l'utilizzo dei DH psichiatrico od internistico.

OBIETTIVO 2.14: Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

La programmazione del FRNA viene approvata dalla Giunta Regionale con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA avviene in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA) e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi. Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare a livello distrettuale la programmazione del Fondo per il Dopo di Noi di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità.

Nei primi mesi del 2023 è stata, inoltre, prevista la programmazione del Fondo nazionale dedicato ad interventi sociali e sociosanitari per le persone con Disturbi dello Spettro Autistico che è stato ripartito e programmato a livello regionale con la DGR 2299/2022. Occorre, inoltre, assicurare in collaborazione con gli Enti Locali interventi a sostegno della domiciliarità previsti dal Piano nazionale del "Fondo per le non autosufficienze 2022-2024".

Viene richiesta la partecipazione alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare di cui alla LR 2/2014 nel sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari (Scheda 5 PSSR) e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" (DGR 237/2023), al fine di promuovere un'omogenea applicazione delle indicazioni operative e un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020. Si dovrà inoltre garantire la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

Dal livello regionale viene anche richiesta la piena applicazione di quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed l'implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale, garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione) e di promuovere l'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Viene, altresì, attenzionato il monitoraggio dell'indicatore nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Risultati 2023

Indicatori e target

Implementazione accordi previsti dal piano nazionale della non autosufficienza:

- Stipula, in ambito distrettuale dell'accordo di programma di costituzione e funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA) e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario, come da indicazioni Piano nazionale non autosufficienza. Target: 100%.
- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: sistema di funzionamento dell'Équipe Integrata all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Target: 100%.
- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Target: 100%.

- Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici: procedura operativa che vincoli l'utilizzo della scheda di "Riconoscimento del caregiver familiare" (determinazione n. 15465 del 10/09/2020) in fase di primo accesso. Target: 100%.

Nel 2023 è stato istituito un gruppo di lavoro integrato fra AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) che, come previsto dalla Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024, ha demandato ad un tavolo tecnico distrettuale la redazione di un documento operativo per l'avvio e la gestione del servizio Punto Unico di Accesso (PUA) nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese (presa d'atto AUSL di Imola con delibera nr. 65 del 29.3.2024). Inoltre, è stata redatta una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web Ausl Imola -Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024).

Indicatori di funzionamento delle attività sociosanitarie

Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA

- Compilazione in collaborazione con l'Ufficio di Piano (UDP) del quadro allargato delle risorse FRNA: adempimento debiti informativi regionali. Target: 100%.
- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP dei dati di attività del sistema dei servizi FRNA: adempimento debiti informativi regionali. Target: 100%.

Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi"

- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS. Target: 100%.
- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS. Target: 100%.

In continuità agli anni precedenti, anche nel 2023, l'Azienda ha garantito regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con gli UDP, sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA e fondo "Dopo di Noi", nel rispetto degli adempimenti relativi ai debiti informativi su sistema SIOSS. Per un maggior dettaglio in relazione alla programmazione e alle rendicontazioni nell'ambito della gestione del FRNA, FNA e altri fondi nazionali, si rimanda anche al Capitolo della presente Relazione 5.4 "Gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza".

Rendicontazione utilizzo fondi e strumenti di riconoscimento e sostegno al Caregiver familiare

- Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in collaborazione con gli UDP in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al care giver in ambito domiciliare. Target: 100%.

Quando richiesta dalla RER, viene regolarmente trasmessa la rendicontazione delle attività svolte sostenute dai fondi caregiver da parte dei referenti aziendali e Servizi di Contabilità (DGR 237/2023 e DGR 982/2022).

- Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver. Target: 100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno.

Nel 2023 è stata redatta una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web Ausl Imola- Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024),

che prevede l'adozione degli strumenti di riconoscimento del caregiver familiare con valutazione dei bisogni all'interno dei PAI degli interventi finanziati dai fondi caregiver nel 100% dei progetti attivati.

Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

L'indicatore che segue del NSG fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

- **D33Z** N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG. Target: $\geq 24,6\%$.

Nel 2023 il valore percentuale si attesta al 41,54% vs il 39,44% del 2022. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 41,12%.

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

- Adozione formale e aggiornamento del PDTA aziendale o interaziendale (nelle province dove esistono più Aziende) secondo i documenti aziendali pubblicati. Target: $\geq 100\%$.

Nel 2022 è stato redatto ed approvato il PDTA Demenze per l'Ausl di Imola. Il PDTA della nostra Azienda è pubblicato sul repository aziendale Sistema Gestione Qualità (DocWeb): "PDTA per la presa in carico e accompagnamento della persona con demenza e dei suoi caregiver" doc. Nr. 6601 - versione 1 del 17/08/2022 "PDTA_Demenze_DEF_agosto_2022". Il Documento è stato redatto dal Gruppo multiprofessionale e multidisciplinare (Prot. 37777/2021) ed approvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Attività Socio-Sanitarie in data 26/08/2022.

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)

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

Il dato sulle demenze con scheda CDR compilata non è a disposizione. Da fonte interna è disponibile il dato aziendale, richiesto e fornito alla Regione in uno specifico report annuale, che riporta il numero di persone con prima visita e diagnosi di demenza con CDR ≥ 3 , che è risultato di 25 pazienti nel 2023.

Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver

- Sviluppo ed implementazione di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali. Target: almeno 1 per azienda.

Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze aziendale collabora con l'Associazione Alzheimer Imola per l'invio delle persone con demenza ai centri Caffè Alzheimer. Attualmente sono attivi 5 di questi centri: 3 Caffè Alzheimer a Imola (progetto "Chiacchiere al Caffè a Imola" il mercoledì pomeriggio, "Allegramente Insieme" il lunedì pomeriggio e il "Caffè degli Orti" presso il Circolo Sociale Orti il giovedì), uno a Castel S. Pietro Terme ("Quelli che aspettano il caffè") e uno a Casalfiumanese ("Il Caffè della Vallata").

Si rimanda anche a quanto riportato nel Capitolo 5, paragrafo 5.4 "GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E DEL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA".

9.3 ASSISTENZA OSPEDALIERA

I **posti letto** del **Presidio Ospedaliero di Imola**, al 31.12.2023, **direttamente gestiti** sono pari a **344**.

Nel 2023 si registra una dotazione di 331 PL ordinari in decremento (-5 PL) rispetto al 2022, a seguito di alcune rimodulazioni. Sotto il profilo organizzativo, nel corso del 2023, sono stati chiusi 2 PL in terapia intensiva per pazienti Covid-19 e 2 PL ordinari presso la struttura accreditata S. Pier Damiano Hospital per le discipline di Chirurgia e Urologia. Nel 2023 è stato chiuso anche 1 PL ordinario MED URG Covid.

In riferimento ai PL di Day Hospital, dal 1° luglio 2023, si registrano -2 PL in relazione alla chiusura di 2 PL di terapia del dolore (disciplina 96). I PL di Day Surgery registrano, a confronto con la dotazione 2022, la chiusura di 2 PL presso la struttura accreditata S. Pier Damiano Hospital (-2 PL).

| Posti Letto | 31/12/2019 | 31/12/2020 | 31/12/2021 | 31/12/2022 | 31/12/2023 |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| PL ordinari | 327 | 335 | 336 | 336 | 331 |
| PL Day Hospital | 6 | 6 | 7 | 7 | 5 |
| PL Day Surgery | 11 | 12 | 8 | 10 | 8 |
| Totale | 344 | 353 | 351 | 353 | 344 |

OBIETTIVO 3.1: Emergenza ospedaliera

Principi della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza

Con il DM 77 del 21 aprile 2022, il Ministero ha dato il via ad un nuovo modello organizzativo con una maggiore presa in carico territoriale, dando indicazioni sull'estensione degli orari di apertura delle case della comunità, formalizzando la creazione di centrali operative 116117, per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o sociosanitarie, attive 24h al giorno tutti i giorni. In questo contesto, la regione Emilia-Romagna ha pianificato un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire una quota degli accessi potenzialmente inappropriati afferenti ai DEA di I e II livello, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati.

Le strutture identificate **Centri di Assistenza Urgenza (CAU)** di concerto con le centrali 118 e con le future centrali 116117, cooperando e comunicando a livello informativo, insieme agli altri punti di erogazione ad accesso diretto, avranno il compito di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini per qualunque problematica sociosanitaria, migliorando il tempo di attesa per la risposta al bisogno di salute.

Indicatore e target:

- % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale. Target: 100%.
- Presentazione del piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale. Target: 100%.

Risultati 2023

Le **"Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia Romagna"**, di cui alla DGR 1206/2023, hanno previsto interventi di riorganizzazione che si snodano su tre direttrici: a) il potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118, b) l'istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117, c) l'istituzione dei Centri di emergenza urgenza (CAU).

In attuazione della DGR 1206/2023, l'AUSL di Imola ha attivato a dicembre 2023 il primo **Centro di Assistenza Urgenza (CAU)**, inserito nella rete dell'emergenza-urgenza ed ubicato presso spazi dedicati nei locali dell'Ospedale Vecchio, sede dell'istituenda Casa della Comunità Hub, quale struttura territoriale dotata di équipe medico - infermieristica per migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini per problematiche urgenti a bassa complessità, secondo i criteri di accessi stabiliti dalla DGR. La riorganizzazione è stata attuata in collaborazione con i Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria, come dettagliato già richiamati anche nell'ambito dell'assistenza territoriale

Con due specifiche Deliberazioni di giunta regionale (DGR 1827/2017 e DGR 1129/2019) la Regione negli ultimi anni ha promosso e operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, con l'implementazione di un **Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza**, che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza da applicare, con il fine di conseguire il miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+ 1 ora per i casi di maggiore complessità).

L'AUSL di Imola ha dato attuazione alle indicazioni regionali della DGR 1129/2019, implementando un Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria che ha applicato una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, al fine di migliorare i tempi di attesa e permanenza. Nell'ambito del Piano sopra richiamato, con DGR 1230/2021, sono state adottate anche le nuove "Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso" con l'introduzione di 5 codici di priorità per una precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, con immediato accesso alle cure e l'attribuzione di codici di priorità di accesso in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura.

In base agli indirizzi regionali, l'Azienda ha dato applicazione al nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso ed anche all'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo sistema per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale.

Indicatore e target

Rispetto dei tempi di attesa (SIVER)

- (**IND775**) % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi. Valore di riferimento: >=90%

L'AUSL di Imola, nel 2023, presenta una percentuale pari a 79,13% in leggero calo rispetto al 2022 (81,86%). Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 75,87%, a conferma che tutte le Aziende non raggiungono il target fissato dal livello regionale.

Interoperabilità flussi

- Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale. Target: 100%.

L'Azienda ha garantito l'interoperabilità del flusso PS.

OBIETTIVO 3.2: Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico resta attenzionato in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ha evidenziato la necessità di ricerca di appropriatezza, in quanto risulta un'alta variabilità di comportamenti relativi in particolare all'appropriatezza (prescrittiva e di trattamento). Alcuni di questi aspetti verranno trattati anche nel capitolo inerente ai volumi/esiti e alle liste di attesa.

Per quanto riguarda il regime di ricovero ci si concentra sui pazienti definiti "oupatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

Il nomenclatore tariffario regionale della specialistica del 28/10/2022 definisce chiaramente le prestazioni chirurgiche che devono essere erogate in regime ambulatoriale (precedentemente gestite in Day Surgery). Alti volumi di questa produzione chirurgica sono, per esempio, riferibili alla riparazione di ernia inguinale e allo stripping venoso, che da una analisi a livello regionale rilevano molta variabilità nel regime di ricovero inappropriato e su questo si concentrano indicatori specifici regionali.

Anche in merito all'utilizzo della chirurgia robotica la variabilità risulta elevata sul territorio regionale, pertanto è stato avviato un monitoraggio che, insieme all'analisi dei costi e degli outcome, garantisce volumi minimi di produzione su queste piattaforme.

Risultati 2023Indicatori e target:

| Percorso chirurgico | Target | 2023 | RER 2023 |
|---|-------------------|---------------|-----------------|
| IND986 % di riparazione ernia inguinale eseguite in regime ambulatoriale | >= 25% | 8,98% | 18,6% |
| IND987 % di stripping di vene eseguiti in regime ambulatoriale | >= 10% | 0,00% | 2,55% |
| IND988 N. prestazioni di chirurgia robotica (esclusa ortopedia) sulle previste annuali (250 per robot) | >= 100% | 84,40% | - |
| IND989 N. prestazioni di chirurgia robotica (urologia) sulle previste annuali (150 per robot) | >= 100% | 32,67% | - |

Si evidenzia che la chirurgia robotica è stata avviata dal 2023 registrando un volume complessivo di interventi chirurgici pari a n. 320 tra le discipline di Urologia, Chirurgia generale e Ginecologia.

OBIETTIVO 3.3: Tempi di attesa

A partire dal secondo trimestre 2022, i livelli di attività chirurgica sono progressivamente aumentati per ritornare nel 2023 ai livelli pre-pandemici (2019), in alcuni casi superando l'attività del 2019, in particolare nel recupero dell'attività pregressa in lista d'attesa rimandata nel 2020 e nel 2021. Il recupero di gran parte della casistica ha contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi sotto i livelli pre-pandemici. Sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021) a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, rimangono sempre garantiti:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini.

In riferimento alla casistica oltre tempo massimo al 1-1-2023 è previsto che le aziende recuperino l'80% della casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Si richiede inoltre di dare continuità alle azioni volte a garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico. Nell'ambito della completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il m flusso SDO, per la prima volta, nel 2023, al raggiungimento del target sull'indicatore di completezza SIGLA/SDO concorreranno le posizioni inserite dalle strutture private accreditate.

Risultati 2023

Nel 2022 l'AUSL di Imola è riuscita a raggiungere l'obiettivo di recupero della casistica pregressa. Per il 2023 il mandato regionale è quello di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2022, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. Come desumibile dalla tabella di seguito riportata, l'AUSL di Imola ha pienamente rispettato il target di recupero ($\geq 80\%$) in riferimento agli interventi che risultano scaduti nel 2022, con una percentuale pari al 90,9%.

Nella tabella si riportano gli indicatori, monitorati su piattaforma SIVER, riguardanti i **tempi di attesa retrospettivi**, in riferimento all'anno 2023 ("DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2024").

Indicatori e target:

| IND | Tempi di attesa ricoveri programmati (SIVER) | Target | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|---------|--|-------------|-----------------------|-----------------------|--------|----------|---------------|----------|
| IND1015 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | $\geq 90\%$ | 99,06% | 93,85% | 87,67% | 90,91% | 84,51% | 79,36% |
| IND1016 | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità | $\geq 85\%$ | 85,11% | 73,33% | 24,39% | 26,15% | 81,54% | 76,58% |
| IND1017 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | $\geq 90\%$ | - | 80,85% | 99,21% | 97,81% | 99,34% | 86,31% |
| IND1018 | Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | $\geq 75\%$ | - | 64,07% | 26,52% | 37,48% | 86,05% | 55,83% |
| IND980 | Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità | $\geq 80\%$ | 93,90% (ex IND767) | 69,05% (ex IND767) | 59,53% | 50,7700% | 88,07% | 72,91% |
| IND983 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022 | $\geq 80\%$ | - | - | - | - | 90,90% | 76,09% |
| IND984 | Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021 | 100% | - | - | - | - | 97,83% | 75,88% |
| IND985 | Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso | $\leq 2\%$ | - | - | - | - | -6,81% | 2,55% |

L'AUSL di Imola ha, inoltre, garantito la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.

Gli indicatori che seguono valutano la copertura del flusso SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) rispetto al flusso SDO, monitorati su InSiDER.

- (**IND982**) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Valore di riferimento: $\geq 70\%$.

L'Azienda nel 2023 risulta avere un indice pari a 83,18%. La media RER è 82,97%.

- (**IND981**) Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati. Valore di riferimento: $\geq 80\%$.

L'Azienda nel 2023 risulta avere un indice pari a 94,73%. La media RER è 90,93%.

OBIETTIVO 3.5: Indicatori DM 70/2015: volumi-esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati si richiede la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività viene effettuato da parte regionale tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili.

In particolare, si richiede il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi e per fratture di femore inferiori ai 75 interventi/anno.

Risultati 2023

Indicatori e target:

Gli indicatori che seguono calcolano il rapporto tra interventi in unità operative che effettuano un numero di interventi non inferiore alla soglia sul numero di interventi complessivamente effettuati.

- (**IND379**) Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 99,37% vs 98,08% del 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 77,37%.

- (**IND770**) Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2023 pari al 100% vs 99,59% del 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 90,54%.

- (**IND381**) Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

Nel 2023, l'Azienda registra un valore del 100% come nel 2022 e 2021. Il valore regionale risulta pari a 93,69%.

Appropriatezza delle cure: [indicatori del Nuovo Sistema di garanzia](#) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera (DM 70/2015 e DGR 2040/2015), il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", operativo dal 1° gennaio 2020, identifica per l'analisi

dell'Assistenza Ospedaliera un set di indicatori "Core", quali determinanti per la valutazione complessiva a livello regionale e nazionale dell'Assistenza Ospedaliera, recentemente rivisti e ampliati dal Comitato LEA. Gli stessi indicatori, riportati in tabella, vengono previsti nell'ambito del PIAO e monitorati su Piattaforma regionale SIVER.

| NSG - Indicatori "CORE" Area Assistenza Ospedaliera | Target | 2021 | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|--|--------|--------|--------|---------------|----------|
| IND843 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z | < 0,15 | 0,15 | 0,18 | 0,18 | 0,17 |
| IND844 Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - Indicatore NSG: H05Z | >= 90% | 74,26% | 89,29% | 92,00% | 86,00% |
| IND1013 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario | >= 80% | 64,47% | 63,03% | 52,10% | 57,53% |
| IND846 % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C | <= 15% | 17,08% | 16,85% | 12,85% | 13,51% |

Con riferimento all'indicatore "% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - NSG: H13C", la Regione, a partire dal 2023 valuta la performance applicando un diverso calcolo. L'indicatore SIVER (IND1013) "% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario" (Target: >= 80%), pone al denominatore tutti i ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore e non solo i ricoveri di pazienti >= 65 anni con frattura di femore come per l'indicatore NSG.

Si riporta, inoltre, il monitoraggio (SIVER) in coerenza con gli indicatori previsti dalla DGR 1237/2023 e in riferimento al NSG:

- **D01C** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG. Target: ≤ 14,39.

L'AUSL di Imola, nel 2023, mostra un valore pari a 18,70 vs 19,72 nel 2022. Il valore regionale è 18,45.

- **D02C** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - NSG. Target: ≤ 13,95.

L'AUSL di Imola, nel 2023, mostra un valore pari a 18,45 vs 10,48 nel 2022. Il valore regionale è 15,14.

- **H23C** Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG. Target: ≤ 13,60.

L'Azienda rileva un valore pari a 6,47 vs 5,45 del 2022. Il valore regionale è 9,91.

OBIETTIVO 3.6: Reti cliniche di rilievo regionale

Sono obiettivi regionali per l'anno 2023:

- il proseguimento delle attività per la predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

È obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione.

In base al monitoraggio disponibile su SIVER (DGR monitoraggio e finanziamento – Edizione 2024) si riportano alcuni degli indicatori nell'ambito delle "Reti Cliniche di rilievo regionale".

Nell'ambito della Rete regionale di assistenza al paziente con ictus:

- **(IND717)** % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria. Valore di riferimento: $\geq 82\%$.

L'Azienda rileva un valore pari a 100% come nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 81,82%.

- **(IND718)** % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit. Valore di riferimento: $\geq 72\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 82,17% vs 80,77% nel 2020. Il valore RER risulta di 72,20%.

- **(IND0664)** % Trombolisi e.v. in casi di ictus. Valore di riferimento: $\geq 24\%$.

La percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati con una procedura di trombolisi endovenosa, nel 2023, sono stati pari a 16,56% per l'AUSL di Imola. Il valore medio regionale risulta pari a 22,49%.

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi a specifiche reti, derivanti da provvedimenti nazionali e/o regionali.

Obiettivo 3.6.3 Rete dei Centri Senologia

Nel 2024 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018).

Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi, che garantisce l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, è entrato recentemente nel sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12 marzo 2019).

Risultati 2023

L'Azienda ha proseguito l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e proporzione di re-interventi.

Indicatore e target:

Si presentano nella tabella che segue gli indicatori monitorati relativamente all'area senologica dell'AUSL di Imola. I dati aggiornati sono tratti dalla relazione anno 2023 sul PDTA Mammella, redatto dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali.

| Indicatore | Standard | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|------|--------|---------------|---------------|
| % di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico | $\geq 80\%$ | 100% | 85,2% | 83,4% | 91,67% |
| % di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico | $\geq 90\%$ | 100% | 100% | 100% | 100% |
| % pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico | $\geq 90\%$ | 100% | 98,21% | 95,66% | 97,13% |

L'AUSL di Imola ha attivato dal 2018 una collaborazione con AOU di Bologna per la riorganizzazione della Breast Unit di Imola all'interno della UOC interaziendale Chirurgia Senologica, secondo la logica di sviluppo delle reti cliniche integrate.

Questo modello ha consentito il potenziamento della Breast Unit di Imola, grazie all'acquisizione di tecniche diagnostiche e chirurgiche innovative, garantendo i requisiti previsti dalla DGR 345/2018, del PDTA aziendale "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella".

Nell'ambito della rete, particolare attenzione è stata posta alla valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA, con la definizione di una specifica procedura interaziendale (P-INT 43), al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità e discipline previste dalla normativa. In seguito all'attivazione della rete clinica si è registrata una riduzione della mobilità passiva per interventi chirurgici per tumore maligno della mammella (il 2020 rappresenta un'eccezione poiché, causa l'emergenza COVID-19, circa 30 casi sono stati trattati presso AOU Bologna su richiesta dell'AUSL di Imola).

Al fine di fornire adeguata rappresentazione della produzione interaziendale e degli obiettivi posti a fronte dell'Accordo e richiesti dal NSG, si è convenuto tra le parti di procedere, a partire dal 1.1.2021, all'assunzione della titolarità delle prestazioni di degenza in capo all'UOC Interaziendale di Chirurgia Senologica dell'IRCSS AOU di Bologna, fermo restando la gestione unificata delle attività svolte presso le strutture dell'IRCSS AOU di Bologna e della AUSL di Imola.

In riferimento all'indicatore monitorato su piattaforma SIVER:

- **H03C** Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella – NSG. Valore di riferimento: < 6,2%.

La produzione aziendale imolese 2023 viene inclusa in quella dell'IRCS S. Orsola (2,99%).

Obiettivo 3.6.5 Rete per la Terapia del dolore

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, dalle DGR n. 967/2011 e n. 1185/2021 di recepimento degli Accordi Stato Regioni (Rep. N. 119/CSR) è stata ricostituita la struttura regionale di coordinamento e monitoraggio della rete di terapia del dolore (Determinazione DGCPWS n. 8632 del 21/04/2023) con il compito di supportare la programmazione regionale per la realizzazione delle specifiche attività.

Nel 2021 sono state emanate, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, indicazioni regionali per il trattamento farmacologico e interventistico del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico").

Risultati 2023

Posto che l'Azienda ha dato attuazione alle indicazioni riportate nei documenti di indirizzo regionale, si riporta di seguito il monitoraggio dell'indicatore specifico su SIVER.

Indicatore e target:

- % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025). Target: > 95%.
- (**IND725**) % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero.

La performance aziendale 2023 risulta pari al 99,44% vs 99,22% del 2022, mostrando un andamento in pieno rispetto del target, tra le migliori performance e superiore alla media regionale (94,37%).

Obiettivo 3.6.9 Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)

La DGR 857/2019 ha approvato il "Documento di percorso Cure Palliative Pediatriche - Regione Emilia-Romagna" che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP).

Con determina della DGCPWS n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete di Cure Palliative Pediatriche (CPP).

Risultati 2023

L'Azienda ha mostrato particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento regionale, avviando lo sviluppo, mediante la revisione dei percorsi aziendali, di connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico.

Indicatore e target

- Individuazione in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo. Target: 100%.

L'AUSL di Imola ha identificato un medico, quale referente ospedaliero per le CPP, che ha effettuato il master in CPP, mentre l'infermiera Care manager per le CPP, ha iniziato nel mese di aprile 2023 il Master CPP. Nel 2023 i pazienti in carico al Gruppo Cure Palliative Pediatriche di Imola sono stati 14: 11 pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata ad intensità media (ADI 2), 2 pazienti in ADI ad intensità bassa. Nel corso dell'anno 2 pazienti sono deceduti.

Nel 2023 su richiesta del Day Care di Cure Palliative Pediatriche Fondazione Hospice MT Chiantore Seragnoli e del gruppo CPP di Imola sono state effettuate 5 UVMP (100% di quelle richieste). Le schede cartacee dei pazienti e quelle relative all'attivazione delle ADI sono conservate dalla Case Manager delle CPP Pediatriche, insieme ai verbali delle "Unità di valutazione Multidisciplinare pediatrica effettuati".

Obiettivo 3.6.10 Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Risultati 2023

L'AUSL di Imola, a seguito della DGR 107 del 1° febbraio 2010, offre dal 2011 a tutti i neonati lo screening metabolico allargato ad un gruppo più ampio di malattie metaboliche ereditarie rispetto alle obbligatorie, previa raccolta del consenso informato da parte dei genitori a cui viene consegnato un dépliant illustrativo sulle finalità dello screening; in caso di mancata sottoscrizione del consenso si effettua solo lo screening obbligatorio. Il test viene eseguito dalle ostetriche della Unità operativa di Ostetricia Ginecologia per i neonati del Nido o dalle infermiere della Unità operativa di Pediatria per i ricoverati in Neonatologia nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016, come descritto nell'istruzione operativa aziendale (Modalità di esecuzione test di Guthrie. doc n.6252-versione 1 del 11/05/2020).

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale nel 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L 167/2016 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA).

La DGR 2260/2018 recepisce la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l'obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, è fondamentale assicurare la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

Indicatori e target

- % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche: target 100%.

Tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2023, sono stati sottoposti allo screening per le malattie endocrine e metaboliche nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016 (100%).

- % consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo: 100%.

In tutti i casi (100%) è stato richiesto il consenso per effettuare lo screening: in un solo caso i genitori hanno rifiutato lo screening allargato; il foglio del consenso è conservato nella cartella clinica.

- % prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016: 100%.

Sono stati richiesti dal laboratorio di screening neonatale 67 richiami tutti eseguiti entro le tempistiche previste: 100%.

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

I dati vengono inseriti nel programma Pegaso e centralizzati presso il centro Laboratoristico Regionale di Riferimento Screening Neonatale e Malattie Endocrino-Metaboliche Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, dallo stesso centro viene inoltrata la richiesta di nuovo screening (notifica su Pegaso); i genitori vengono avvisati e viene dato un nuovo appuntamento dal personale della Unità operativa di Ostetricia o di Pediatria.

OBIETTIVO 3.7: Attività trapiantologia

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci".

Risultati 2023

La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo dell'AUSL di Imola, in coerenza con l'operato della Regione che, nel corso degli anni, ha investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" considerando il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Sul tema della donazione e del trapianto si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema

donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza. Sulla base di obiettivi specifici definiti a livello regionale per l'anno 2023, l'Azienda ha garantito quanto segue.

Indicatori e target

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). Target: 100%.

Nel 2023 i donatori di cornee sono stati 19 per un totale di 37 cornee bancate. Le donazioni di sangue cordonale sono state 22, come l'anno precedente. Stabili anche le donazioni di membrane amniotiche: 7 rispetto alle 8 del 2022. Sono stati eseguiti 3 accertamenti di morte con criterio neurologico: in 2 casi abbiamo registrato l'opposizione dei familiari alla donazione e in 1 caso sono stati prelevati fegato e reni. È stato effettuato 1 prelievo multitessuto: cornee, cute, tessuto scheletrico. Non sono stati identificati donatori di organi DCD.

- Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali). Target: 15% - 30%.

L'AUSL di Imola con un numero di decessi con patologia cerebrale in terapia intensiva pari a 16 su un numero decessi totali di 66 evidenzia un rapporto pari al 24%.

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

Nel 2023, l'Azienda registra l'opposizione alla donazione degli organi da parte dei familiari di 2 potenziali donatori su un totale di 3 potenziali donatori segnalati. Il nostro target di opposizione risulta pari al 66%.

- % di donatori di cornee sul totale dei decessi. Target: >=18%.

Il numero di donatori di cornee è stato pari a 19 su un totale dei decessi (con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come indicazioni del CRT-ER) nell'anno 2023 di 315. Il rapporto risulta pari al 6%.

- Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Target: =2.

Effettuato 1 prelievo multitessuto su 2 richiesti dal CRT-ER. Il rapporto risulta pari al 50%.

- N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente.

Non sono stati identificati donatori di organi DCD.

Segue una tabella di sintesi in ordine agli indicatori previsti dalla DGR 1237/2023.

| Indicatore | Target | Raggiungimento obiettivo |
|--|-----------------------|--------------------------|
| 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) | 100% | 100% |
| Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) | Compreso tra 15 e 30% | 24% |
| Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi | <33% | 66% |

| | | |
|--|------|------------|
| % di donatori di cornee sul totale dei decessi | ≥18% | 6% |
| % di prelievi da donatori multi-tessuto rispetto a quelli previsti dal CRT-ER | ≥60% | 50% |
| N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente | ≥10% | 0% |

OBIETTIVO 3.8: Attività trasfusionale

Risultati 2023

I dati di attività della Rete Trasfusionale Regionale relativi all'anno 2023 registrano un lieve calo delle unità raccolte presso l'AUSL di Imola che, con l'aumento dei consumi rispetto agli anni scorsi, soprattutto in ragione dell'aumento dell'attività chirurgica anche complessa, porta ad un bilancio "entrate-uscite" leggermente negativo rispetto all'anno precedente. Anche per l'anno 2023 è stato garantito, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori, il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate con le Federazioni e le Associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue. Particolare attenzione è stata rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma sia per l'uso clinico sia per la produzione di medicinali plasmaderivati, principalmente indirizzata alla produzione di albumina ed immunoglobuline, per le quali si conferma una carenza a seguito del picco pandemico evidente nel periodo 2020-2021, proseguito poi nel periodo 2021-2022 e tuttora presente. Nel 2023 le donazioni di plasma in aferesi sono aumentate del +5% presso il Centro Raccolta Sangue di Imola.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, è stata rafforzato ulteriormente, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS e sospeso nel periodo pandemico.

Da Luglio 2022 è stato reintrodotta con particolare attenzione ai pazienti sottoposti a chirurgia maggiore addominale, ai pazienti ortopedici sottoposti ad intervento di protesi di anca o ginocchio ed alle pazienti ostetrico-ginecologiche portatrici di leiomiomi uterini. Rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che si sono a tale scopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici.

Nel 2023 l'obiettivo di riduzione dell'uso degli MPD non è stato raggiunto, in quanto si è assistito ad un innalzamento dei consumi sia di albumina che di immunoglobuline ev. Durante il 2023 sono stati effettuati incontri con i reparti utilizzatori, sia in sede di COBUS, che di Dipartimenti Aziendali, al fine di sensibilizzare sull'uso appropriato degli emoderivati.

Nel corso del 2023 è stato necessario proseguire l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2019, contenente le "Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: «Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti» che richiede di definire gli aspetti di pianificazione ed organizzazione della concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti raccolti in Area Vasta Emilia Nord (AVEN).

A tal fine è stato costituito un tavolo di lavoro cui partecipano il Centro Regionale Sangue, i Direttori dei Servizi Trasfusionali AVEN e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. Il responsabile del Servizio Trasfusionale di Imola ha sempre partecipato agli incontri di pianificazione regionale a cui è stato convocato. Nel 2023 è stata data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue vigente, con particolare riferimento alla piena funzionalità dei COBUS e all'applicazione delle *Good Practice Guidelines* (GPGs) nel processo trasfusionale.

Indicatori e target

| Indicatore | Target | Raggiungimento obiettivo |
|--|----------------------|--|
| Utilizzo terapeutico delle Immunoglobuline e di Albumina | -5% rispetto al 2022 | Non raggiunto |
| Realizzazione di Audit sull'uso appropriate degli MPD | 100% | Effettuati incontri in COBUS e Dipartimenti |
| Estensione del PBM Patient Blood Management: numero di pazienti arruolati in previsione di interventi chirurgici programmata | +5% rispetto al 2022 | 100% |
| Aumento del numero di procedure di plasamferesi | +5% rispetto al 2022 | 100% |
| Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue | 100% | 100% |
| Concentrazione attività di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti raccolti in AVEN: istituzione Gruppo di lavoro dedicato, organizzazione di 4 sedute di lavoro e presentazione di una progettazione | 100% | Partecipazione incontri RER |

OBIETTIVO 3.9: Appropriatelyzza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori, tra i quali la degenza media e l'ICP (Indice Comparativo di Performance). L'Azienda tramite un sistematico monitoraggio di questi indicatori, in particolare dove si riscontrano valori che si discostano dagli standard richiesti, si è posta l'obiettivo di garantire un'adeguata gestione dei posti letto (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.).

L'Indice Comparativo di Performance (ICP), monitorato a livello aziendale su piattaforma SIVER, permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti (o discipline) 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.

Risultati 2023

Indicatore e target:

Su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024) l'indicatore viene monitorato dal seguente indicatore:

- (**IND872**) Indice comparativo di performance (ICP). Il Valore di riferimento: $\leq 1,25$.

Nel 2023, l'ICP complessivo aziendale risulta pari a 1,15 vs 1,20 del 2022 e 1,23 nel 2021.

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, è stata perseguita l'appropriatelyzza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA. Particolare attenzione è stata posta agli ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, mediante la definizione di percorsi e

protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale, tenuto conto anche che alcune prestazioni in regime ordinario risultano attualmente disincentivate attraverso l'abbattimento tariffario previsto dalle DGR 918/2018 e 1875/2020.

- **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 - NSG. Target: < 0,15.

Nel 2023 il rapporto risulta pari a 0,18 in linea con quanto rilevato nel 2022. Il valore medio regionale 2023 risulta pari a 0,17.

Controlli Sanitari esterni e interni

Con riferimento alla Determina DGCPWS n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), l'Azienda ha garantito il rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo, con particolare riferimento al completamento delle informazioni riguardanti i controlli sanitari nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e alla rendicontazione semestrale dell'attività di controllo sanitario.

Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, il livello regionale oltre ai controlli previsti dalla Determina, ha richiesto il raggiungere dell'obiettivo di un 2,5% di controlli interni e/o esterni relativi ai ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriatezza secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA), effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11240 del 06/07/2020.

Indicatore e target:

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

Nel corso del 2023 il Servizio Informativo regionale ha selezionato n. 511 casi di ricoveri con DRG Potenzialmente Inappropriato: l'Azienda ha garantito l'effettuazione della verifica SDO – Cartella Clinica in 57 casi, pari al 11% del campione selezionato.

OBIETTIVO 3.10: Accredimento

Le Aziende sanitarie sono state sottoposte a verifica di rinnovo dell'accrédimento ai sensi della DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accrédimento delle strutture sanitarie", con termine previsto del 31/12/2019. Per favorire il mantenimento della rispondenza ai requisiti generali e specifici di accredimento previsti dalla normativa, viene richiesto di facilitare la partecipazione dei professionisti alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Si richiede, inoltre, di valutare la rispondenza, o l'avvicinamento nei tempi di adeguamento previsti, ai nuovi requisiti specifici (es. assistenza domiciliare), effettuando attività di audit interno e/o autovalutazione e utilizzando le risultanze dell'attività di verifica interna per attivare azioni di miglioramento finalizzate al pieno raggiungimento della conformità ai requisiti deliberati.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni. Nel corso del 2023 si devono superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

Risultati 2023

Indicatore e target:

Verifiche relative al Sistema Trasfusionale

- % di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA. Target: 100%.

Per AUSL di Imola la verifica di sorveglianza biennale del SIMT-AMBO sede di Imola è pianificata nel periodo ottobre-novembre 2024 (rif. Prot. 30/06/2023 0637686.U). Nel 2023 è stata programmata la verifica interna (rif. prot. 14223/2023 "Trasmissione Programma aziendale Audit per l'anno 2023"): rispetto al Piano audit originario definito da AUSL di Bologna (Azienda coordinatrice per verifiche interne SIMT AMBO), le verifiche sul campo (pianificate per il 15-16/11/2023) sono state convertite in valutazione documentale, per esigenze organizzative dell'AUSL di Bologna.

Progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici

Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati. Target: $\geq 80\%$.

- (**IND1101**) % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati.

L'AUSL di Imola rileva una partecipazione del 50% nel 2023 vs il 100% nel 2022. La partecipazione media RER risulta pari a 84,93%.

Il monitoraggio disponibile su SIVER "Requisiti di accreditamento" riporta anche i seguenti indicatori:

- (**IND1102**) % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda. Valore di riferimento: 50%.

L'Azienda presenta una partecipazione pari al 66,67% vs il 100% nel 2022. La partecipazione media RER risulta pari a 86,49%.

- (**IND1103**) % di valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento sul tema dell'accreditamento sul numero di valutatori convocati alla formazione. Valore di riferimento: 80%.

L'AUSL di Imola rileva una partecipazione pari al 66,67% vs il 57,14% nel 2022. La partecipazione media RER risulta pari a 61,95%.

- Domanda completa aggiornata inviata entro gennaio 2024. Target: 100%.

La domanda di variazione accreditamento per AUSL IMOLA è stata trasmessa con prot. 9863 del 21/03/2024. La documentazione allegata alla domanda costituisce adempimento rispetto all'obiettivo di programmazione (rif. DGR 1237/2023, capitolo "3.10. Accreditamento"), secondo il quale si chiedeva alle Aziende per cui non è stata pubblicata determina di accreditamento di inviare in RER la modulistica di domanda aggiornata secondo il nuovo modello pubblicato nel sito della Regione, secondo le indicazioni regionali.

Si precisa che, considerate le diverse variazioni logistiche strutturali in corso, anche nell'ambito delle progettazioni PNRR, è stato necessario completare prima l'aggiornamento degli atti per l'autorizzazione al funzionamento delle diverse strutture aziendali.

- Redazione report di autovalutazione/verifica interna nuovi requisiti (evidenza documentale). Target: 100%.

La relazione sulle attività di verifica interna SGQ svolte nel 2023 (rif. prot. 2867 del 29/01/2024 "Trasmissione Relazione annuale attività di audit aziendale – Anno 2023") è stata trasmessa all'OTA, come da indicazioni regionali. Per quanto riguarda il tema delle cure domiciliari, si evidenzia che nel 2023 l'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro (prevedendo uno specifico obiettivo assegnato a budget alle Unità operative coinvolte), finalizzato al recepimento dei nuovi requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari (rif. DGR 2040 del 28/11/2022): il gruppo di lavoro ha effettuato le autovalutazioni necessarie a verificare lo stato di rispondenza ai nuovi requisiti, definendo e programmando le azioni di miglioramento finalizzate al pieno raggiungimento della conformità ai requisiti deliberati dalla RER, secondo i tempi definiti (entro il 20/06/2024).

OBIETTIVO 3.11: Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

3.11.1 Obiettivi di spesa farmaceutica regione Emilia-Romagna

Risultati 2023

La programmazione regionale per la **spesa farmaceutica convenzionata netta** è stata definita prevedendo un obiettivo di spesa per l'AUSL di Imola di cui alla nota RER prot. 24/02/2023 0178175U, in atti prot. 7431 del 24.2.2023, corrispondente ad un +0,7%.

In materia di appropriatezza di consumi e di spesa, nel corso degli ultimi anni, sono stati avviati interventi di miglioramento, nell'ambito dei quali, costituiscono elementi di presidio la promozione del ricorso ai farmaci generici, l'ottimizzazione nel perseguimento dell'appropriata gestione delle terapie croniche, anche sulla base del piano nazionale cronicità, nonché l'impiego del Prontuario Terapeutico Regionale quale strumento di indirizzo alla pratica clinica. L'Azienda nel corso del 2023 ha continuato a perseguire l'impegno sull'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriata, la cui attività è altresì curata nell'ambito dell'organismo permanente di coordinamento Ospedale – Territorio, con i medici di assistenza primaria ed, in particolare, dall'Organismo di verifica dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica dei medici di assistenza primaria.

Per l'**acquisto ospedaliero di farmaci**, la programmazione regionale prevedeva un aumento del +6,3% verso il 2022, con scostamenti differenziate tra le Aziende Sanitarie. Tale obiettivo è stato definito come risultato tra fattori in incremento di spesa e fattori di potenziale risparmio, escludendo dal computo la spesa per i farmaci innovativi previsti nel fondo nazionale, l'ossigeno terapia, i vaccini e le terapie con i farmaci HCV in esito alla campagna di screening. L'obiettivo di spesa assegnato all'AUSL di Imola, di cui alla nota RER prot. 24/02/2023 0178175.U, in atti prot. 7431 del 24.2.2023, corrispondeva ad un aumento del +7,7% pari a € +1,851 mil.

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2023 è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2022 e alla media regionale.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2023 - 2022 A CONFRONTO

| ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER) | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var % Media RER 2023 - 2022 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|
| Farmaceutica convenzionata | € 15.972.036 | € 16.560.066 | € 16.246.512 | -1,9% | 1,7% |
| Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi) | € 23.436.599 | € 23.974.373 | € 25.967.507 | 8,3% | 7,2% |
| TOTALE SPESA FARMACEUTICA | € 39.408.635 | € 40.534.439 | € 42.214.019 | 4,1% | |
| Acquisto Ospedaliero | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var % Media RER 2023 - 2022 |
| Totale Acquisto Ospedaliero | € 23.436.599 | € 23.974.373 | € 25.967.507 | 8,3% | 7,2% |
| <i>di cui</i> | | | | | |
| Consumi interni e Diretta Fasce H - C | € 14.236.838 | € 14.702.316 | € 16.170.397 | 10,2% | 7,4% |
| Erogazione diretta di Fascia A | € 9.199.761 | € 9.272.057 | € 9.797.110 | 5,7% | 6,9% |
| Spesa Convenzionata netta pro capite pesata | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var 2023 - 2022 |
| Spesa netta pro capite pesata | € 118,78 | € 123,34 | € 121,09 | -1,82% | -€ 2,25 |
| Media RER | € 108,03 | € 111,20 | € 113,09 | 1,70% | € 1,89 |
| Scostamento Imola da media regionale | € 10,75 | € 12,14 | € 8,00 | -34,10% | -€ 4,14 |
| Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A) | 2021 | 2022 | 2023 | var % 2023 - 2022 | var 2023 - 2022 |
| Spesa pro capite pesata | € 187,20 | € 192,40 | € 194,11 | 0,9% | 1,71 |
| Media RER | € 183,46 | € 192,76 | € 200,33 | 3,9% | 7,57 |
| Scostamento da media regionale | € 3,74 | -€ 0,36 | -€ 6,22 | | -5,86 |

(Fonte dati: reportistica RER)

Farmaceutica convenzionata

Il consuntivo 2023 dell'AUSL di Imola registra un decremento della spesa convenzionata netta del -1,9% rispetto all'esercizio 2022 pari a € -313.554; a livello regionale si registra un aumento medio complessivo del +1,7%. Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato dalla Regione, si rileva il raggiungimento della spesa assegnata con diminuzione rispetto alla previsione pari a € -426.867 (-2,5%).

Sotto il profilo operativo, l'Azienda ha mantenuto il set di interventi strutturato ai fini del governo della spesa, registrando i progressivi esiti delle azioni messe in campo. Gli ambiti di intervento hanno riguardato:

- Il monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo MMG, che consente di presidiare in particolare i fenomeni di iper prescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale. Si richiama in tal senso l'adozione della nuova reportistica regionale.
- Incontri con i MMG nell'ambito dei NCP, a piccoli gruppi, per analisi, confronto, informazione e formazione sugli andamenti per consumi e spesa in rapporto agli obiettivi regionali. In tale contesto si richiama il ruolo del Dipartimento Cure Primarie in raccordo con i Nuclei e i Medici di Medicina Generale con il supporto della Direzione Farmaceutica, verso l'attuazione di azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche e/o oggetto di obiettivi regionali quali: Inibitori di pompa protonica, Antibiotici, Farmaci per Diabete, Farmaci per BPCO.
- Il mantenimento del Piano Terapeutico di AVEC (in adozione dal 2017) per la prescrizione dei PPI a carico SSN in sede di dimissione, a cura degli specialisti.
- La procedura aziendale "Governo clinico del farmaco" prevede la riconciliazione farmacologica in sede di ricovero e dimissione, favorendo in tal modo interventi di appropriatezza prescrittiva che si riflettono

sulla gestione del paziente a livello territoriale. Quale indicatore *proxy* di riconciliazione della terapia ai farmaci del Prontuario regionale si richiama la misurazione della % di adesione dei consumi interni di farmaci al Prontuario regionale, attribuito a tutti i Dipartimenti ospedalieri.

Acquisto Ospedaliero di Farmaci

Il consuntivo 2023 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta del +8,3%, pari a € +1.993.134, rispetto al 2022; a livello regionale si registra un aumento complessivo medio del +7,2%. Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato dalla Regione, si rileva a consuntivo un aumento di € +168.382 (+0,65%). Si deve evidenziare la specifica spesa per il farmaco Remdesevir, rivolto ai pazienti Covid, pari complessivamente a € 223.925 (+183% rispetto al 2022).

La spesa per Acquisto Ospedaliero di Farmaci per l'AUSL di Imola risulta così composta:

- Consumi interni +4,7%
- Erogazione diretta fasce H-C +14,5%.
- Erogazione Diretta di fascia A +5,7%.

A fronte di un lieve incremento della spesa per consumi interni, pari al +4,7%, si rileva che la variazione in aumento riguarda prevalentemente l'Erogazione diretta di fasce H-C e di Fascia A.

In tali ambiti incide la spesa per l'erogazione diretta di farmaci rivolti a pazienti affetti da malattie rare, di cui si riporta di seguito il trend di spesa, dal quale si può evincere il significativo assorbimento di spesa, in valore assoluto, di tale ambito che, nella variazione di spesa complessiva che fra il 2023 e il 2022, rileva un aumento del +5,75%, pari a € +242.767.

| Malattie Rare - Patologie | Fascia | Spesa annuale 2020 | Spesa annuale 2021 | Spesa annuale 2022 | Spesa annuale 2023 | Var 2023-2022 | Var %2023-2022 |
|---------------------------------|--------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Malattia di Gaucher | H | € 523.268 | € 492.574 | € 502.805 | € 543.731 | € 40.926 | 8,14% |
| Malattia di Fabry | H | € 194.663 | € 220.054 | € 202.224 | € 238.291 | € 36.067 | 17,84% |
| Emofilia (Fascia A) | A | € 1.288.830 | € 1.572.252 | € 1.741.611 | € 1.594.899 | -€ 146.712 | -8,42% |
| Emofilia (Fascia H) | H | € 210.108 | € 203.914 | € 239.769 | € 302.021 | € 62.252 | 25,96% |
| Deficit congenito - Fibrinogeno | C | € 0 | € 75.280 | € 79.259 | € 27.780 | -€ 51.479 | -64,95% |
| Immunodeficienza primaria Ig | H | € 84.500 | € 97.857 | € 96.267 | € 92.712 | -€ 3.555 | -3,69% |
| Fibrosi cistica | A | € 691.817 | € 804.446 | € 994.097 | € 1.075.922 | € 81.825 | 8,23% |
| Altro | A-H | € 86.891 | € 106.875 | € 369.591 | € 593.033 | € 223.442 | 60,46% |
| TOTALE | | € 3.080.078 | € 3.573.251 | € 4.225.623 | € 4.468.390 | € 242.767 | 5,75% |

Si specifica, inoltre, nell'ambito dell'Erogazione diretta di fascia A, pari complessivamente a € 9.797.110, il cui aumento complessivo rispetto al 2023 registra un +5,7% (€ + 527.444), presenta il seguente andamento sulle varie linee di erogazione:

- In Dimissione, si registra un incremento del +9,4% (pari a € +52.611);
- In Distribuzione per conto, si rileva un aumento del +8,1% (pari a € +286.444), per erogazione da parte delle farmacie del territorio;
- Per presa in carico pazienti, si registra un incremento del +4,4% (pari a € +216.666);
- In strutture residenziali, si rileva un decremento pari al -11,6% (pari a € -28.277).

Farmaci Innovativi

Si riporta in tabella l'andamento dei farmaci innovativi oncologici (Gruppo A) e degli innovativi non oncologici la cui spesa è stata coperta da apposito finanziamento. La spesa complessiva 2023 è pari a € 1.789.988 a fronte del relativo finanziamento pari a € 1.742.833.

| Farmaci Innovativi | Consuntivo 2022 | | | Consuntivo 2023 | | |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------|
| | Innovativi non oncologici | Innovativi Oncologici (Gruppo A) | TOTALE 2022 | Innovativi non oncologici | Innovativi Oncologici (Gruppo A) | TOTALE 2023 |
| <i>Fonte dati: report RER</i> | | | | | | |
| Consumo lordo | € 1.062.711 | € 1.159.768 | 2.222.479 € | € 1.359.672 | € 430.316 | 1.789.988 € |
| Finanziamento RER | | | 2.274.926 € | | | 1.742.833 € |

Obiettivo 3.11.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica territoriale

Risultati 2023

Nel 2023 l'AUSL di Imola ha proseguito l'impegno alla promozione del ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici o biosimilari. È stato richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriatezza. Si riportano di seguito gli andamenti rilevati dal monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2024) in riferimento ai consumi dei farmaci.

Indicatori e target

Inibitori di pompa protonica (PPI). In relazione al trend di incremento regionale del consumo territoriale osservato negli ultimi anni, per ogni Azienda sanitaria vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale. A questo proposito si riporta il monitoraggio dell'indicatore su piattaforma SIVER:

- (**IND695**) Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Valore di riferimento < 60 DDD per 1.000 ab. pesati die.

L'AUSL di Imola nel 2023 mostra un consumo giornaliero di farmaci PPI, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o "per conto", per 1.000 residenti, pari a 53,46 DDD per 1.000 ab. pesati die, in miglioramento rispetto al 2022 (57,13 DDD per 1.000 ab.). Il valore regionale 2023 risulta pari a 60,67 DDD per 1.000 ab. pesati die.

Antibiotici sistemici in ambito territoriale. Contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza. In corso di pandemia da COVID-19 si è osservata una netta riduzione dei consumi territoriali di antibiotici, attribuibile alle chiusure e all'implementazione di misure di prevenzione a livello della popolazione generale. I consumi hanno però mostrato una iniziale risalita nel 2022 che si conferma anche nel 2023.

In considerazione di questa situazione epidemiologica, il pannello regionale è stato arricchito con un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore, considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

- Consumo complessivo antibiotici sistemici (DDD*1000 abitanti-die). Obiettivo specifico: <12,5
- Percentuale consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE (% DDD). Obiettivo specifico: ≥60%
- Consumo fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 abitanti-die). Obiettivo specifico: <2
- Prescrizioni nella popolazione pediatrica (prescrizioni*1000 bambini-anno). Obiettivo specifico: <800

Indicatori e target

Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti.

- (**IND1012**) Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

Nel 2023, l'Azienda presenta un valore di 12 punti, in decremento rispetto al 2022 (13 punti) e 2021 (15 punti). Il valore regionale risulta pari a 14 punti.

In riferimento ai singoli indicatori componenti dell'indicatore composito si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

- (**IND340**) Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die). Valore di riferimento: < 12,5 DDD * 1000 ab.

L'Azienda presenta un consumo pari a 13,57 DDD * 1000 ab. vs 12,96 DDD * 1000 ab. nel 2022. Il consumo medio regionale risulta di 13,29 DDD * 1000 ab.

- (**IND1011**) Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Valore di riferimento: >=60%.

Il valore aziendale 2023 risulta pari a 59,8% vs 54,8% del 2022. Il valore % regionale risulta pari al 60,9%.

- (**IND793**) Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die). Valore di riferimento: < 2,0 DDD per 1.000 ab.

L'AUSL di Imola rileva un consumo giornaliero pari a 1,96 DDD per 1.000 ab. vs 2,25 DDD per 1.000 ab. del 2022. Il valore RER risulta pari a 1,91 DDD per 1.000 ab.

- (**IND343**) Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno). Valore di riferimento: < 800 prescrizioni per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2023 un tasso di prescrizione di 920,96 vs 683,67 x 1.000 residenti del 2022. Il tasso a livello regionale risulta di 851,19 x 1.000 residenti.

Per quanto concerne l'indicatore specifico del Nuovo Sistema di Garanzia:

- Monitoraggio indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti. Target < 5.648.
- **D14C** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG.

Nel 2023, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.954,63 in lieve incremento rispetto al 2022 (4.730,01). Il consumo regionale risulta pari a 4.850,89.

Omega 3. Considerate le condizioni di rimborsabilità degli omega 3 definite nel 2019 dalla nota AIFA 13, che ne esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria, la riduzione d'uso osservata nell'anno 2022, pur a fronte di livelli di consumo ancora eterogenei fra le diverse aziende, occorre proseguire l'attività

svolta al fine di limitare il ricorso a questa classe di farmaci. È definito uno specifico obiettivo di contenimento, al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale nel consumo territoriale omega 3 - ATC C10AX06: $\leq 3,1$ DDD/1000 ab die. Al fine di contribuire al raggiungimento di tale target medio regionale, per ogni Azienda vengono definiti specifici obiettivi differenziati di contenimento, modulati per fascia di consumo. Per l'AUSL di Imola, secondo il prospetto regionale, il target risulta $\leq 2,9$ DDD/1000 ab die (che rappresenta il -15% quale variazione attesa 2023 / 2022).

Indicatori e target

- (**IND794**) Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti. Target: $\leq 2,9$ DDD per 1.000 ab. pesati die.

Il dato 2023 rileva un consumo aziendale pari a 2,46 DDD per 1.000 ab. pesati die, in decremento rispetto al 2022 (3,44) ed inferiore al consumo medio regionale 2023 pari a 3,0 DDD per 1.000 ab.

Vitamina D. Le condizioni di rimborsabilità introdotte dalla nota AIFA 96 nel 2019 per l'impiego in prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto (>18 anni) non hanno consolidato gli effetti sulla riduzione dei consumi nel 2021 e 2022 dove è stata osservata la tendenza a un graduale incremento. A febbraio 2023 la Nota 96 è stata aggiornata da AIFA, in particolare rispetto ai valori-soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui il trattamento è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali il trattamento è rimborsato indipendentemente dalla determinazione della 25(OH)D. Pertanto, anche per il 2023 per ogni Azienda sanitaria vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente, al fine di ottenere una riduzione d'impiego alla luce dell'aggiornamento della nota AIFA e raggiungere il seguente target medio regionale nel consumo territoriale Vitamina D - ATC A11CC05: ≤ 123 DDD/1000 ab die.

- (**IND922**) Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti. Target AUSL di Imola: ≤ 110 DDD/1000 ab die, equivalente ad una variazione attesa 2023 / 2022 pari a -7%.

L'AUSL di Imola, nel 2023, presenta un consumo giornaliero pari a 81,97 DDD/1000 ab die, in significativo decremento rispetto all'anno precedente (118,10). Il consumo regionale risulta di 117,64 DDD/1000 ab die.

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure. Le nuove note AIFA 97, relative alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV, 99, per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO, 100, riferita all'uso dei nuovi farmaci antidiabetici (inibitori del SGLT2, agonisti GLP1, inibitori del DPP4 e loro associazioni) sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, consentendo la possibilità di prescrizione anche agli MMG per farmaci precedentemente affidati ai soli specialisti. Dette note AIFA sono mirate a garantire, a partire dall'inquadramento diagnostico-terapeutico, l'appropriatezza, sia nella prescrizione nei pazienti naïve sia nel mantenimento delle terapie, favorendo al contempo una gestione integrata con gli specialisti. In quest'ottica svolge un ruolo fondamentale la formazione dei professionisti sanitari, pertanto viene richiesto di proseguire nella realizzazione di corsi di formazione mirati, con approccio multidisciplinare (con particolare riferimento ai rapporti fra ospedale e territorio) e declinare come i percorsi

prescrittivi definiti dalle note AIFA debbano integrarsi nei PDTA locali, affinché sia garantita la centralità del paziente, l'integrazione tra gli interventi il ricorso alla diagnostica con la digitalizzazione delle informazioni.

Indicatore e target

- Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale per gli argomenti sopra indicati. Target: un'iniziativa formativa per almeno 1 su 3 fra gli argomenti sopra indicati.

La formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale, nel 2023, ha visto la progettazione e realizzazione di un evento sulla Nota AIFA 97 relativa alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV.

| Titolo evento | n. partecipanti | % sul totale Medici |
|--|-----------------|---------------------|
| ANTICOAGULANTI ORALI NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NOTA 97 | 65 | 56% |

Antidiabetici. Nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100. Nell'ottica del raggiungimento di tale obiettivo, era stato definito un indicatore specifico relativamente alla percentuale 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) con un target di almeno il 40%, ampiamente superato nell'anno 2022 da tutte le Aziende sanitarie.

Nell'ambito di tali scenari (presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica) viene introdotto un nuovo indicatore al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva ed il ricorso per l'uso prevalente ai farmaci che presentano il miglior rapporto costo opportunità.

Indicatori e target

- **(IND990)** % di pazienti con metformina che associano una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1°. Target $\geq 60\%$.

Nel 2023, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 60,54% in aumento rispetto al 2022 (55,37%). Il valore medio 2023 RER risulta pari a 64,30%.

- **(IND731)** % trattamento con le insuline basali a minor costo. Target $\geq 85\%$.

La % di trattamento con insuline basali a minor costo nel 2023 risulta pari all'85,24%, in aumento rispetto al 2022 (82,94%). La performance regionale nel 2023 mostra un valore pari a 83,36%.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili, uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti.

- Impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti. Target: $\geq 85\%$.

Per l'AUSL di Imola l'impiego del farmaco economicamente più vantaggioso è stato del 100% come nel 2022.

Farmaci oncologici e oncoematologici. Viene richiesta l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo contenute in tali raccomandazioni, per i farmaci per i quali è stato definito che, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente. Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato un monitoraggio costante della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici di confronto tra direzioni sanitarie, dipartimenti/servizi farmaceutici e prescrittori.

Nuove formulazioni di farmaci oncologici. L'impiego di nuove formulazioni sottocute disponibili per principi attivi oncologici già inseriti in Prontuario nelle formulazioni endovenose, per le medesime indicazioni terapeutiche, dovrà tenere conto delle indicazioni della CRF in considerazione di un ottimale uso delle risorse e della necessità di preservare le situazioni in cui sussistono specifiche esigenze assistenziali. Per il 2023 l'indicatore sottoposto a monitoraggio è relativo alla combinazione pertuzumab+trastuzumab.

Impiego atteso della nuova formulazione sottocute

Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante. Target: < 20%.

- (**IND1009**) % Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante. Valore di riferimento: <=20%.

Per l'AUSL di Imola la % risulta uguale a 0. Il dato regionale risulta pari a 3,14%.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato. Si rappresentano di seguito gli esiti monitorati dal sistema InSiDER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2023.

- (**IND370**) % di consumo di eritropoietine biosimilari. (Target >= 95%)

L'indicatore riporta un esito 2023, per l'AUSL di Imola, pari al 99,92% vs il 99,74% del 2022, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale risulta pari a 98,41%.

- (**IND657**) % di consumo di infliximab biosimilare. (Target >= 95%)

Analogamente a quanto rilevato nel 2021 e 2022, tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati con il biosimilare (100%).

- (**IND658**) % di consumo di etanercept biosimilare. (Target >= 95%)

La percentuale di consumo di etanercept biosimilare risulta, nel 2023, pari a 93,25% vs 92,44% del 2022. La performance regionale risulta pari a 93,02%.

- (**IND777**) % di consumo di adalimumab biosimilare. (Target >= 95%)

Nel 2023, la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari al 91,62% vs un consumo rilevato nel 2022 pari a 91,75%. Il consumo regionale risulta del 95,06%.

- (**IND659**) % di consumo di follitropina biosimilare. (Target >= 65%)

L'indicatore mostra, nel 2023, un consumo pari a 92,75% vs 87,05% nel 2022, in incremento e nel pieno rispetto del target atteso. La percentuale regionale risulta pari a 81,85%.

- **(IND778)** % pazienti trattati con trastuzumab sottocute. (Target \leq 20%)

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola registra nel 2023 una % pari a 0 vs un valore 2022 del 2,94%. La media RER risulta pari a 5,11% pazienti trattati.

- **(IND779)** % pazienti trattati con rituximab sottocute. (Target \leq 20%)

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola come nel 2022 non rileva nel 2023 pazienti trattati con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

- **(IND780)** % di consumo di enoxaparina biosimilare. (Target \geq 95%).

Nel 2023 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari al 99,99% vs il 98,82% del 2022. A livello regionale il consumo risulta pari a 99,57%.

- **(IND887)** % di consumo di bevacizumab biosimilare. (Target \geq 95%).

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta un consumo di bevacizumab pari al 92,91% vs il 94,80% del 2022. Il consumo medio regionale è pari al 99,41%.

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici. In assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, si richiede:

- uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità come biologici di prima scelta in caso di fallimento, intolleranza o controindicazione a csDMARDs, nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica;
- uso prevalente dei farmaci biologici con il miglior rapporto costo opportunità nei pazienti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica già in trattamento con biologico che effettuano per la 1° volta un cambio di terapia ad altro biologico (in caso di modifica della terapia per eventi avversi o inefficacia è necessario effettuare una segnalazione di farmacovigilanza).

Indicatore e target:

- nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta. Target: \geq 75%.
- **(IND924)** Percentuale di pazienti incidenti al trattamento con anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità e affetti da malattia cutanea e/o reumatologica. Valore di riferimento: \geq 75%

L'AUSL di Imola presenta nel 2023 un valore pari a 77,50%, nel rispetto del target e in miglioramento rispetto al 2022 (66,67%). La percentuale media regionale è pari a 74,99%.

Plasmaderivati da conto lavorazione MPD. Nel rispetto degli investimenti effettuati nel Sistema sangue regionale e nazionale, nell'ottica della garanzia del raggiungimento dell'autosufficienza per i MPD, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi CSR, al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, è

raccomandato il ricorso ai medicinali plasmaderivati che derivano dal sistema "conto lavorazione", che prevede la lavorazione industriale in convenzione di plasma nazionale proveniente esclusivamente da donazioni volontarie non remunerate. Le tariffe applicate ai medicinali plasmaderivati MPD, di cui all'accordo Stato-Regioni 90 del 17 giugno 2021 - che peraltro conferma come prioritaria l'acquisizione di plasmaderivati da conto lavorazione – consente un risparmio economico rispetto al ricorso a prodotti dal mercato in media pari al -30%; inoltre, ai MPD prodotti in convenzione e ceduti dal Centro Regionale Sangue ER non si applica l'IVA. Si prevede il progressivo ricorso ai medicinali da conto lavorazione, in sostituzione dei corrispondenti prodotti commerciali, con particolare riferimento ai nuovi prodotti a base di Fattore VIII/Von Willebrand; Ig sottocute; Alfa1 antitripsina. Considerato lo stato di carenza delle Ig con somministrazione endovenosa, viene richiesta l'applicazione del "Documento di indirizzo sull'uso diffuso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza" elaborato da AIFA e dal Centro Nazionale Sangue nel febbraio 2022, richiedendo la realizzazione di almeno un audit clinico sul tema.

Sono richiesti la promozione dell'uso appropriato dell'Albumina umana e la realizzazione di almeno un audit clinico sull'applicazione della Nota AIFA 15.

Indicatore e target:

- Realizzazione di audit clinici aziendali sull'uso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza. Obiettivo: ≥ 1 .
- Realizzazione di audit clinici aziendali sull'uso appropriato dell'albumina umana. Obiettivo: ≥ 1 .

A livello aziendale rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che si sono a tale scopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici.

Nel 2023 l'obiettivo di riduzione dell'uso degli MPD non è stato raggiunto, in quanto si è assistito ad un innalzamento dei consumi sia di albumina che di immunoglobuline ev.

Durante il 2023 sono stati effettuati incontri con i reparti utilizzatori, sia in sede di COBUS, che di Dipartimenti Aziendali, al fine di sensibilizzare sull'uso appropriato degli emoderivati.

- **H08ZB** Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) – NSG. Valore di riferimento: $\leq 5\%$.

L'indicatore misura la capacità del sistema di garantire una produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati per la copertura dei fabbisogni.

Per l'area di Bologna, è necessario precisare che trattasi di un Servizio Trasfusionale di ambito metropolitano: è un solo SIMT - SIMT AMBO - con un Direttore unico che è incardinato nella AUSL Bologna (il Servizio Trasfusionale di Imola è un modulo decentrato del Servizio Trasfusionale AUSL Bologna; l'AOU BO, ha attribuito la Direzione del Servizio Trasfusionale AOU al Direttore SIMT AUSL, con cessione del ramo d'azienda nel 2022; la struttura IOR non è titolare della raccolta, la Direzione del Servizio Trasfusionale è attribuita alla Direzione SIMT AUSL, con cessione del ramo d'azienda nel 2018).

L'indicatore è riferito all'ambito metropolitano, poiché tutto il plasma viene inoltrato al frazionamento dal Polo di lavorazione SIMT AMBO AUSL BO.

Per tale area (Bologna) l'indicatore monitorato su SIVER rileva un valore pari a -0,51, nel pieno rispetto del target.

Obiettivo 3.11.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Risultati 2023

La DGR regionale – a superamento dell'Intesa di cui alla DGR 329/2019 – in tema di Farmacia dei servizi, elaborata in coerenza alla proposta di Cronoprogramma farmacia dei servizi di cui all'Accordo Rep. Atti 41/CSR del 30 marzo 2022, estende la progettualità a numerosi ambiti. Tra questi si evidenziano:

a) Integrazione delle farmacie nella rete dei servizi con coinvolgimento nei percorsi di gestione dei pazienti con BPCO e asma, erogando i farmaci specifici attraverso la distribuzione per conto e realizzando interviste strutturate in tema di aderenza alla terapia (1 a paziente anno) di cui allo specifico protocollo regionale. L'intervista è registrata sull'apposita piattaforma regionale che convoglia le informazioni raccolte al medico curante a supporto delle proprie valutazioni cliniche e al FSE.

Indicatore e target:

- N. farmacie che hanno realizzato almeno 1 intervista. Obiettivo: > 20%.
- N. interviste/pazienti/anno a farmacia convenzionata che ha aderito alla progettualità. Obiettivo: > 1.

Si fa presente che, come fonte dei dati, era stato indicato l'applicativo regionale per la registrazione delle interviste (DGR 1237/2023), che però non è stato ancora attivato.

b) Partecipazione delle farmacie convenzionate alle attività di farmacovigilanza, come sviluppo del progetto regionale Vigirete sviluppatosi nel biennio precedente e ora concluso. A tal fine dovranno proseguire le attività di formazione delle farmacie convenzionate in relazione alla Nuova rete nazionale di AIFA con particolare riferimento alle modalità di segnalazione.

Indicatore e target:

- % farmacie convenzionate che hanno inserito almeno 1 segnalazione di FV nella RNF (Fonte: RNF).
Target \geq 70%.

Nell'anno 2023 non sono state inserite segnalazioni di sospette ADR nella RNF da parte delle farmacie convenzionate.

Obiettivo 3.11.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo alle aziende sanitarie e in particolare ai medici prescrittori:

- la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi e ai farmaci il cui impiego è collegato ad accordi in base agli esiti o accordi prettamente finanziari: la qualità della compilazione dei registri prescrittivi, compresa la corretta registrazione delle schede di dispensazione da parte dei farmacisti, è di rilievo al fine di consentire l'accesso agli specifici fondi per farmaci innovativi oncologici e innovativi non oncologici e per attivare i meccanismi di pay back riferiti agli accordi negoziali;

- l'attuazione della procedura, attiva da luglio 2022, per la presentazione delle richieste di accesso al Fondo AIFA 5% dedicato all'impiego di farmaci che rappresentano una speranza di terapia in assenza di alternative terapeutiche o in attesa della commercializzazione e delle relative domande di rimborso delle spese sostenute;
- la corretta compilazione, e in particolare la chiusura delle schede, relative ai farmaci destinati alla terapia del COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali);
- la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del database oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato, rendendo possibile il monitoraggio dei farmaci oncologici parenterali e in particolare di quelli orali.
- il percorso di dematerializzazione, da avviarsi già nel corso del 2023, delle prescrizioni farmaceutiche (con e senza Piano Terapeutico) e delle dispensazioni in regime di erogazione diretta, a cominciare dai setting dimissione, visita specialistica ambulatoriale e presa in carico, al fine di garantire la continuità prescrittiva tra ospedale e territorio.

Risultati 2023

Per quanto concerne la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, la Direzione Assistenza Farmaceutica registra il 100% delle schede di dispensazione farmaci sottoposti a registro prescrittivo AIFA compilati correttamente dai prescrittori.

Governo dei farmaci oncologici nel fine vita. A fronte di un'analisi regionale condotta sui pazienti oncologici deceduti nel 2021 che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, emerge un forte impatto economico, pari a oltre 4 milioni di euro, in un setting in cui sia la letteratura internazionale sia le analisi condotte in RER sottolineano l'inappropriatezza di tali trattamenti, nonostante sia ormai un dato consolidato il fatto che il trattamento in regime di ricovero ospedaliero e centrato su cure ad alto livello di intensività e invasività nei pazienti con tumori in stadio avanzato non determinino né differenze nella sopravvivenza né un miglioramento della qualità di vita (Higginson et al., 2008; Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014). È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse economiche consistenti (May et al., 2017; May et al., 2016; Morden et al., 2012; Setoguchi et al., 2010) le quali potrebbero essere utilizzate diversamente e con maggiore beneficio da parte dei pazienti." Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti. Alla luce dell'analisi e della letteratura consolidata sul tema, si chiede la riduzione della % dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) rispetto al dato storico dell'anno 2022.

Indicatore e target:

- % del rapporto tra numero dei trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso/numero di trattamenti pending (trattamenti chiusi e rimborsabili, ma non ancora inseriti in una RdR). Fonte del dato: registro AIFA. Target: $\geq 95\%$.
- % compilazione DB onco per le terapie infusionali. Target: $>95\%$.
- % compilazione DB onco per le terapie orali. Target: $>70\%$.

- Implementazione del progetto di informatizzazione delle prescrizioni in erogazione diretta. Target: 100%.
- % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) rispetto al dato storico dell'anno 2022. Target: < dato 2022.

Risultati 2023

Si riporta il monitoraggio presente su SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2024) in ordine agli obiettivi della DGR 1237/2023.

- (**IND372**) % di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR). Valore di riferimento: >95% L'indicatore valuta la percentuale di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR) rispetto al totale dei trattamenti chiusi e rimborsabili registrati nella piattaforma AIFA.

L'Azienda registra nel 2023 una % del 100%, come nel 2022. Il valore regionale risulta pari a 94,67%.

- (**IND1002**) % compilazione DBO per le terapie infusionali. Valore di riferimento: > 95%. Si riporta la percentuale di farmaci oncologici infusivi a maggiore impatto economico presenti nelle schede del DBO sugli stessi principi attivi e pazienti presenti in FED.

Per l'AUSL di Imola il valore è uguale a 0%. La % media RER è del 71,76%.

- (**IND1003**) % compilazione DBO per le terapie orali. Valore di riferimento: >70%. Per provincia di erogazione: si riporta la percentuale di farmaci oncologici orali a maggiore impatto economico presenti nelle schede del DBO sugli stessi principi attivi e pazienti presenti in FED.

La Provincia di Bologna registra un valore pari a 43,01% vs un valore medio regionale del 59,64%.

- (**IND1004**) % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza. Valore di riferimento: < dell'anno precedente. L'indicatore valuta la percentuale di pazienti trattati con farmaci oncologici negli ultimi 30 giorni di vita sul totale dei pazienti oncologici residenti deceduti nell'anno di osservazione.

Nel 2023 l'AUSL di Imola rileva un 16,44% vs 17,76% nel 2022. Il valore RER 2023 risulta pari a 17,95% vs 17,50% nel 2022.

Terapie COVID-19. Per alcuni trattamenti di rilievo nelle terapie COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali), il cui approvvigionamento è gestito a livello nazionale con fondi a carico della Struttura Commissariale, è stato individuato il Centro Antidoti dell'Azienda Ospedaliera – Universitaria di Ferrara quale struttura hub per la gestione centralizzata delle scorte regionali. Per tali farmaci le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare il percorso di approvvigionamento condiviso, nonché il monitoraggio del loro uso.

L'AUSL di Imola durante l'anno 2023 ha applicato il percorso di approvvigionamento delle terapie COVID gestito presso il Centro Antidoti di Ferrara sempre secondo il percorso condiviso, nel rispetto dei limiti e delle indicazioni previste nella dispensazione tramite portale AIFA.

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta. Le Aziende devono sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione e l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni

prodotte. Da parte dell’Azienda si conferma nel 2023 la partecipazione a tutte le riunioni periodiche sia della CF-AVEC che del Coordinamento regionale da parte della Direzione Assistenza Farmaceutica, con almeno un dirigente farmacista in rappresentanza (verbali agli atti delle segreterie delle Commissioni suddette) e la conseguente disseminazione e condivisione delle raccomandazioni d’uso dei farmaci con i professionisti aziendali.

Obiettivo 3.11.5 Farmacovigilanza

Nel 2023 si richiede, in continuità con l’anno 2022, di proseguire le attività di farmacovigilanza applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV di ottobre 2022 e ponendo particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette Adverse Drug Reaction (ADR), avendo cura di promuovere la segnalazione on line attraverso la Piattaforma AIFA <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>.

Si richiede, inoltre, di raccogliere dai segnalatori gli elementi utili a migliorare la completezza delle informazioni per un’adeguata valutazione dei casi (tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, de e re-challenge del trattamento, esito, elementi di follow-up e documentazione clinica a supporto del caso). In continuità con l’anno precedente è necessario garantire l’impiego dello strumento regionale SegnalER al fine di intercettare le segnalazioni di incident report o di evento sentinella che hanno anche le caratteristiche di evento di farmacovigilanza legata ad errore terapeutico, nonché garantire un’adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, agli operatori sanitari e alle farmacie convenzionate in tema di farmacovigilanza.

Risultati 2023

Nel corso del 2023 è stata data piena applicazione alla procedura operativa AIFA per i Responsabili di Farmacovigilanza, promuovendo in ogni contesto il ricorso alla segnalazione on line. Per ogni segnalazione è stato fornito il ritorno informativo al segnalatore, contestualmente alla richiesta di documentazione clinica a supporto della segnalazione ove necessario.

L’AUSL di Imola ha garantito l’impiego dello strumento SegnalER per tutte le segnalazioni legate al corretto impiego dei farmaci. Il tema della farmacovigilanza è stato trattato, contestualmente al tema della ricognizione/riconciliazione farmacologica e delle problematiche legate alla polifarmacoterapia, nell’ambito di un evento formativo residenziale realizzato a livello aziendale a novembre 2023 (Corso “GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA”).

Informazione indipendente/informazione all’appropriatezza prescrittiva. La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto sull’informazione indipendente sui farmaci CoSisiFA, promosso da AIFA con l’utilizzo di fondi dedicati per la farmacovigilanza 2015-2017. Il progetto interregionale prevede la realizzazione di strumenti informativi e di corsi di formazione tramite un coordinamento della nostra Regione con la partecipazione di tutte le Aziende Sanitarie. In particolare, la Regione coordina 2 dei 9 work packages previsti, con l’obiettivo di fornire a medici e farmacisti gli strumenti metodologici per rafforzare le competenze nell’analisi critica della letteratura medico-scientifica, con focus sugli aspetti di validità, trasferibilità e contestualizzazione nella pratica clinica e produrre e implementare pacchetti formativi

realizzati come FAD sincrona rivolti a professionisti sanitari con focus su efficacia, sicurezza dei farmaci e alternative disponibili, oggetto dei contenuti prodotti nei diversi WP del progetto CoSIsiFA.

L'obiettivo è anche quello di facilitare l'implementazione nel territorio del progetto "Informed Health Choices", già realizzato a livello internazionale, per promuovere il pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado, con un target di età compreso tra i 10 e i 12 anni, coinvolgendo rappresentanti delle strutture della pubblica istruzione regionale e operatori degli uffici di prevenzione.

Indicatore e target:

- N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza).

Si riporta l'indicatore monitorato su SIVER:

- (**IND374**) N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL x 100.000 abitanti.
Target: ≥ 100 .

Nel 2023 il valore aziendale si attesta a 33,88 segnalazioni vs un valore 2022 di 68,35. L'indice medio regionale risulta di 37,94.

Gestione sicura e corretta dei medicinali. Si richiede di promuovere a livello aziendale:

- la diffusione (con particolare riferimento al personale neoassunto) del "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica";
- l'applicazione dello strumento ricognizione/riconciliazione della terapia, anche in funzione della revisione delle terapie nei soggetti che assumono cronicamente più di 5 farmaci;
- la formazione dei professionisti sanitari ospedalieri e territoriali composta sui seguenti temi: ricognizione e riconciliazione farmacologica; coinvolgimento attivo del paziente per favorire consapevolezza, adesione al proprio percorso di cura e promozione di una corretta gestione dei farmaci al domicilio; adozione della Lista delle mie medicine; problematiche legate alla politerapia con particolare riferimento alla popolazione anziana, rischio di interazioni clinicamente rilevanti, inefficacia terapeutica, tossicità.

Indicatore e target:

- N. eventi formativi realizzati a livello ospedaliero (con particolare riferimento a reparti di medicina interna, geriatria, lungodegenza). Target: ≥ 1 .
- N. eventi formativi realizzati a livello territoriale (MMG/farmacie convenzionate; CRA; OSCO). Target: ≥ 1 .

Il tema della ricognizione/riconciliazione farmacologica e delle problematiche legate alla polifarmacoterapia è stato trattato, contestualmente al tema della farmacovigilanza, nell'ambito di un evento formativo residenziale realizzato a livello aziendale a novembre 2023 (Corso "GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA").

Obiettivo 3.11.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Il completo ritorno alla gestione ordinaria delle attività ospedaliere, dopo il periodo condizionato dalla pandemia, ha comportato per l'anno 2022 un incremento di spesa, calmierato dal contenimento degli acquisti di DPI e prodotti per la diagnostica. I dispositivi medici rappresentano uno dei driver di spesa nel

settore sanitario, è quindi fondamentale individuare azioni che assicurino l'accesso alle cure dei pazienti e la disponibilità di prodotti innovativi, tenendo in considerazione l'impatto sul bilancio.

È necessario considerare i fattori che condizionano l'andamento di spesa nel loro complesso, superando la visione a silos, non perdendo di vista la normativa vigente che prevede un sistema a tetti di spesa; nello specifico per i dispositivi medici il tetto è posto pari al 4,4% del Fondo sanitario regionale (DL 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f). Ferma restando la necessità di contenere l'incremento di spesa, per l'anno 2023 sono individuati obiettivi che consentano alle aziende sanitarie di:

- migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, anche attraverso l'acquisto, concertato a livello regionale, di dispositivi medici di alta qualità, innovativi e/o di alta tecnologia. È necessario garantire una gestione efficiente e sostenibile degli approvvigionamenti di prodotti complessi e ad alto costo mediante la definizione e l'individuazione delle procedure con le Commissioni di Area Vasta dei Dispositivi Medici (CAVDM) e, a loro discrezione, con la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici (CRDM).
- ridurre i costi attraverso l'acquisto di dispositivi con il migliore rapporto costo-efficacia e l'utilizzo di accordi di acquisto centralizzati per ottenere prezzi più competitivi. Le CAVDM devono dotarsi di sistemi di monitoraggio che consentano una tempestiva valutazione dell'adesione alle gare centralizzate (regionali o di AV), richiamando al corretto utilizzo degli strumenti di acquisti i gestori e i clinici qualora gli acquisti fuori contratto non derivino da contingenze del mercato (ad es. problemi produttivi).
- garantire la sicurezza dei pazienti, valutando l'acquisto di dispositivi con caratteristiche di sicurezza avanzate o l'utilizzo di protocolli di verifica per la scelta del dispositivo a migliore rapporto costo-beneficio in termini di sicurezza. È inoltre necessaria la presenza di un'efficace sistema di vigilanza dei dispositivi medici, che consenta di identificare rapidamente eventuali problemi legati all'uso dei dispositivi e di attuare azioni correttive immediate. Tale obiettivo si persegue attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e della divulgazione di informazioni che consentano di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Il sistema di vigilanza si basa sulla collaborazione di tutti gli stakeholder coinvolti nel processo di acquisizione, utilizzo e smaltimento dei Dispositivi Medici (DM) al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.
- sostenere la tracciabilità dei dispositivi medici, garantendo la presenza del servizio farmaceutico in sala operatoria, nelle fasi d'analisi dei consumi e nella definizione di kit operatori standardizzati, inoltre si chiede di avviare, dove non presente, l'utilizzo del registro operatorio informatizzato e l'implementazione del sistema di identificazione univoca dei dispositivi medici (UDI), al fine di migliorare l'efficienza e l'accuratezza della registrazione dei prodotti utilizzati durante le procedure chirurgiche.

Risultati 2023

Obiettivi di spesa

La programmazione regionale 2023 per i Dispositivi Medici assegnava all'AUSL di Imola un obiettivo di spesa, di cui alla nota RER prot. 24/02/2023 0178175.U, in atti prot. 7431 del 24.2.2023, pari in valore assoluto a € 11.438.255. La previsione è stata accompagnata da obiettivi operativi aziendali di budget volti a preferire l'utilizzo dei DM economicamente più vantaggioso, a parità di condizioni, con monitoraggi costanti orientati a

mantenere l'adeguato rapporto tra aumenti di spesa, anche a seguito delle innovazioni tecnologiche introdotte (chirurgia robotica), e gli interventi di riduzione della stessa.

A consuntivo 2023 si registra una spesa per Dispositivi Medici pari, comprensiva della variazione delle rimanenze, pari ad un incremento pari a € +1,602 milioni rispetto all'esercizio 2022. Tale variazione è principalmente correlata al consumo di Dispositivi Medici derivanti dall'introduzione, a partire dal 2023, della chirurgia robotica nelle discipline di Urologia, Chirurgia generale e Ginecologia, la cui spesa complessiva ammonta a € 1,183 milioni; la parte restante, pari a € +418 mila è correlata a Dispositivi Medici impiantabili e non impiantabili correlati all'incremento dell'attività chirurgica complessiva rispetto al precedente esercizio (+1,3% di produzione), ed in particolare +4% disciplina Oculistica, +3% Ortopedia, Ginecologia-Ostetricia +6% e chirurgia ambulatoriale complesso di Gastroenterologia (+12%).

Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato, pari in valore assoluto a € 11.438.255 (corrispondente a circa €+1,049 mil rispetto al 2022), si rileva uno scostamento rispetto all'obiettivo, progressivamente monitorato e rappresentato, pari a € +551.436 imputabile al sopra richiamato incremento di attività chirurgica che ha consentito il raggiungimento degli indicatori relativi ai tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

Obiettivi di appropriatezza

Guanti non sterili per "uso sanitario" o "da esplorazione". Le indicazioni per l'utilizzo corretto dei guanti sono note da tempo; tuttavia, l'utilizzo inappropriato si è amplificato durante la gestione dell'emergenza COVID-19. Si ritiene quindi fondamentale reiterare quando e come debbano essere utilizzati i guanti nell'attività assistenziale. Le azioni previste riguardano l'adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»; il monitoraggio della quantità utilizzata per tipologia di guanti non sterili; il consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP e farmacista di riferimento. L'obiettivo è la riduzione della quantità in riferimento al 2022, con decremento modulato tra le aziende sanitarie in base alla contrazione già realizzata nel 2022 rispetto al 2021.

- Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2022. Target: -5%.

La riduzione delle quantità di consumo tra il 2023 e 2022 è risultata pari a -15,1% (Flusso DIME), con una diminuzione della spesa del -32,6%. A livello regionale la variazione sulle quantità risulta pari a +0,6% con un decremento della spesa pari a -48,2%.

In riferimento all'indicatore monitorato su SIVER, che rileva il rapporto tra il Numero di guanti non chirurgici (T0102) consumati nell'anno di riferimento e il Numero di guanti non chirurgici (T0102) assegnati come obiettivo nell'anno di riferimento, ponendo quale valore di riferimento ≤ 1 , si riporta di seguito lo specifico monitoraggio.

- **(IND972)** Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola nel 2023 rileva una riduzione pari a 1,04 vs 1,22 dell'anno 2022. Il valore regionale risulta pari a 1,06.

Endoscopi monouso. La gestione dell'emergenza pandemica ha comportato un incremento della spesa correlata all'utilizzo di endoscopi monouso, in particolar modo dei broncoscopi. Al fine di rispettare i criteri di appropriatezza nell'utilizzo la Regione ha pubblicato una serie di documenti: "Linee di indirizzo sul

reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva”, “Consensus conference sulle buone pratiche in endoscopia digestiva”, a cui si aggiungeranno quelle relative ai servizi di broncoscopia.

Si richiama quindi la necessità di adesione alle raccomandazioni dei documenti regionali di appropriatezza sull'utilizzo di strumenti monouso, tramite azioni che garantiscano il monitoraggio dell'appropriato utilizzo di strumenti monouso, nel rispetto delle raccomandazioni regionali; e di applicazione delle buone pratiche per il corretto reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva. L'obiettivo è garantire un appropriato utilizzo di endoscopi monouso e, per la spesa relativa ai broncoscopi monouso riduzione della quantità e quindi della spesa in riferimento all'anno 2022.

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto al 2022 (target minimo: -30%) si riporta il monitoraggio dell'indicatore SIVER.

- **(IND1008)** Riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto all'anno precedente. Valore di riferimento: <-30%.

L'AUSL di Imola presenta un valore di riduzione pari a 53,49 (nel 2022: 132,31). Il valore di riduzione medio regionale è pari a 77,95 (nel 2022: 104,8).

A seguito della pubblicazione delle linee di indirizzo regionali sul reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso e degli accessori in uso nei servizi di endoscopia digestiva, al fine di diffondere le evidence based practice, è stato sviluppato un corso FAD in quanto la formazione rappresenta il punto cardine del corretto ricondizionamento di tali dispositivi.

- Partecipazione al corso FAD “linee di indirizzo regionali per il reprocessing degli endoscopi pluriuso e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva - Edizione 2023” disponibile su E-laber. Target: partecipazione del 60% del personale infermieristico e di supporto che si occupa di reprocessing degli endoscopi e degli accessori nei servizi.

In riferimento al Corso su portale E-laber “FAD Asinrona - Linee di indirizzo regionali per il reprocessing degli endoscopi pluriuso e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva - Ed. 2023 1”, presso l'AUSL di Imola si rilevano n.ro 34 partecipanti che hanno concluso il corso.

Adesione alle gare regionali. Attraverso la collaborazione tra la Commissione regionale Dispositivi Medici, le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta e di AUSL Romagna, con la centrale di acquisto regionale IntercentER si intende perseguire:

- l'adozione dei dispositivi innovativi sulla base di analisi del valore clinico-assistenziale aggiuntivo e della costo-efficacia;
- le strategie di approvvigionamento efficienti con adesione sistematica alle convenzioni regionali per l'acquisizione dei DM a più alta spesa, al fine di liberare risorse da destinare all'innovazione, favorendo il coinvolgimento di tutte le figure professionali e nel monitoraggio delle gare in essere.

Per l'anno 2023 vengono individuate le seguenti convenzioni IntercentER oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);

- Protesi d'anca (P0908);
- Sistema PoCT glicemia (W0101060101).

Indicatore e target:

- Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale. Target: > 80%.

In base al Documento regionale "Dispositivi Medici Rilevazione IV invio 2023" del Gruppo Regionale Dispositivi Medici, del 20 febbraio 2024, la percentuale di impiego di medicazioni avanzate afferenti alla gara regionale da parte dell'AUSL di Imola risulta pari a 79,4%.

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

In base al Documento regionale "Dispositivi Medici Rilevazione IV invio 2023" del Gruppo Regionale Dispositivi Medici, del 20 febbraio 2024, Azienda mostra una distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia come segue: Ultrasuoni pari a 42% e Radiofrequenza pari a 58%.

- Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale. Target: >80%.

In base al Documento regionale "Dispositivi Medici Rilevazione IV invio 2023" del Gruppo Regionale Dispositivi Medici, del 20 febbraio 2024, l'AUSL di Imola presenta una percentuale di impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale pari a 89%.

Si riporta inoltre il monitoraggio regionale anno 2023 messo a disposizione su SIVER:

- (**IND991**) Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale. Valore di riferimento: >=80%.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione del 90,08%, in leggero calo rispetto al 2022 (93,96%). Il valore regionale risulta pari a 94,88%.

- (**IND973**) Adesione gara dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara. Valore di riferimento: >=40%.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione del 41,98%, in incremento rispetto al 2022 (32,32%). Il valore regionale risulta pari a 30,74%.

- (**IND992**) Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale. Valore di riferimento: >=80%

L'AUSL di Imola registra una percentuale del 89,30%, in incremento rispetto al 2022 (75,27%). Il valore regionale risulta pari a 80,51%.

3.11.7 Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Sono forniti alle Aziende sanitarie gli strumenti necessari per controllare la spesa dei dispositivi medici e individuare le aree in cui i costi sostenuti potrebbero risultare potenzialmente inappropriati rispetto alla complessità dei pazienti trattati. Le aree individuate devono essere oggetto di specifici approfondimenti aziendali, per la definizione di un corretto rapporto costo/complessità della casistica:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Protesi di ginocchio (classe CND P0909);

- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Indicatori di osservazione:

- PROTESI ANCA → Costo medio regionale per paziente verso 2022 e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso DiMe e SDO);
- PROTESI GINOCCHIO → Costo medio regionale per paziente verso 2022 e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso DiMe e SDO);
- PACEMAKER → Costo medio regionale per paziente verso 2022 e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso DiMe e SDO);
- DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI → Costo medio regionale per paziente verso 2022 e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso DiMe e SDO).

Risultati 2023

Si riporta il monitoraggio 2023 in SIVER dei seguenti indicatori di osservazione:

- **(IND813)** Spesa media per paziente per protesi d'anca (Fonte: Flusso SDO e DIME).

L'AUSL di Imola presenta nel 2023 una spesa media per paziente pari a € 1.944,11 vs 1.964,75 del 2022. Il valore medio RER 2023 risulta pari a € 1.773,21.

- **(IND814)** Spesa media per paziente per pacemaker (Fonte: Flusso SDO e DIME).

L'AUSL di Imola presenta, nel 2023, una spesa media per paziente, pari a € 1.522,64 in incremento rispetto al 2022 (€ 1.202,20). Il valore medio RER 2023 risulta pari a € 1.354,30.

- **(IND815)** Spesa media per paziente per defibrillatori impiantabili (Fonte: Flusso SDO e DIME).

L'Azienda nel 2023 mostra una spesa media per paziente pari a € 8.357,77 vs € 8.177,65 del 2022 che rileva un incremento. Il valore medio RER 2023 è pari a € 8.127,37.

Si conferma anche per il 2023 l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici.

- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico). Target: $\geq 90\%$.
- **(IND363)** Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico. Valore di riferimento: $\geq 100\%$.

Per l'AUSL di Imola il tasso 2023 risultava pari a 106,78 vs 103,5 del 2022. Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 95,77.

- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico). Target: $\geq 60\%$.
- **(IND713)** Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico. Valore di riferimento: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola mostra un tasso 2023 pari a 114,24 vs 77,94 del 2022. Il tasso medio regionale 2023 risulta pari a 47,72.

3.11.8 Dispositivo Vigilanza

Il DM 31 marzo 2022 istituisce la rete nazionale della dispositivo-vigilanza, al fine di realizzare uno scambio tempestivo e capillare delle informazioni su incidenti e azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici. Con DGR 4711/2022 è stata istituita la Rete Regionale Referenti Dispositivo Vigilanza che assolve agli obblighi descritti dal Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022; poiché la cultura della Vigilanza sui Dispositivi Medici si realizza anche attraverso la formazione continua si chiede alle aziende sanitarie delle Aree vaste/Ausl Romagna quanto segue.

Indicatori e target:

- Costituzione di un gruppo di Area vasta/Ausl Romagna, dedicato allo sviluppo di un percorso formativo omogeneo nell'ambito della dispositivo-vigilanza per l'anno 2023. Target: 100%.
- Verbali attestanti l'avvenuta riunione inviati in RER. Target: ≥ 1 copia del progetto formativo.

Risultati 2023

Il gruppo è stato costituito (coordinato, per AVEC, da parte Dipartimento Farmaceutico di Ferrara). L'invio dei verbali in RER è avvenuto a carico del coordinatore del gruppo.

Si riporta il monitoraggio SIVER dei seguenti indicatori:

- **(IND376)** N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri. L'indicatore valuta la proporzione di segnalazioni di incidente con dispositivi medici sul totale dei ricoveri negli ospedali pubblici della Regione.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2023 pari a 2,85 vs 7,47 del 2022. Il valore regionale risulta 13,49.

9.4 SOSTENIBILITA' ECONOMICA ED EFFICIENZA OPERATIVA

OBIETTIVO 4.1: Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di Bilancio e della garanzia dei LEA

Per l'anno 2023 le Direzioni aziendali devono garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza covid-19.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22.
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.
- In presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Indicatori e target:

- Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali; target: 100%.
- Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per profughi ucraini, ecc.); target: 100%.

Risultati 2023

L'AUSL di Imola ha garantito la gestione economico-finanziaria, nell'osservanza dei principi contabili dettati in materia sanitaria. La gestione nel suo complesso è stata orientata alla appropriata gestione della spesa secondo gli indirizzi di programmazione regionali, senza con ciò pregiudicare la piena erogazione dei LEA.

Particolare impegno è stato indirizzato al perseguimento degli obiettivi di spesa assegnati dalla Regione, mediante un costante monitoraggio degli andamenti dei fattori produttivi oggetto di assegnazione di budget nonché della gestione economica nel suo complesso, rappresentata mediante riscontri di monitoraggio bimestrali con livello regionale. Particolare impegno è stato indirizzato all'impianto ed al monitoraggio degli obiettivi operativi aventi riflesso sull'andamento economico.

In tale contesto è stato garantito il rispetto delle tempistiche bimestrali di monitoraggio dell'andamento economico, nonché la predisposizione ed invio dei CE trimestrali, unitamente alle ulteriori specifiche

rendicontazioni richieste (CE COV – CE UCRA – PANFLU – PNRR – ALLUV). Sono, inoltre, state presentate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005.

Obiettivo 4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Risultati 2023

Nel corso del 2023 è proseguito l'impegno al consolidamento del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, in conformità alle disposizioni del D.Lgs n. 231/2002 e s.m.i (pagamenti entro i 60 gg). È stata, altresì, presidiata la corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) per garantire tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori. La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016.

In continuità con gli anni precedenti, per l'anno 2023 è stata monitorata l'implementazione dei nuovi sistemi di controllo sulla "tripletta di identificazione", il rispetto delle tempistiche di liquidazione fatture, ed il rispetto delle scadenze di pagamento previste contrattualmente, anche attraverso il corretto utilizzo delle sospensioni fatture, in caso di non conformità nella fornitura di beni o erogazione di servizi.

Indicatori e target:

- Indice di tempestività dei pagamenti (target: ≤ 0).

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti risulta pari a -9,99 (giorni).

- Indicatore: compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali (target: 100%).

È stato garantito il rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2023. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero Economia e Finanze.

Obiettivo 4.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili

Risultati 2023

Si specifica, inoltre, che nell'esercizio 2023 non si è proceduto alla modifica di contabilizzazione dei service sanitari nell'allocatione dei conti economici, di cui alla nota regionale prot. 0727450.U del 20.7.2023, in quanto al fine di addivenire a tali modifiche si sono rese necessarie attività propedeutiche. Al riguardo, gli uffici competenti hanno istruito e condotto i rapporti con i fornitori coinvolti e/o con le centrali di committenza per la definizione delle nuove modalità di fatturazione e alla relativa modifica contrattuale necessaria. La riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari avverrà pertanto a partire dall'esercizio 2024.

Obiettivo 4.1.3 La regolazione dei rapporti con i produttori privati

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Alimentazione della piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. Target: 100%.

L'AUSL di Imola ha garantito l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi relativamente a degenza, specialistica e chirurgia ambulatoriale.

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

Risultati 2023

Applicativo gestionale amministrativo-contabile (GAAC)

L'applicativo gestionale amministrativo-contabile (GAAC), progettato a coordinato a livello regionale, è volto alla realizzazione di un sistema unico da estendere a tutte le Aziende sanitarie regionali. Anche nell'esercizio 2023 sono proseguite le attività necessarie all'implementazione del GAAC al fine di garantire l'avvio di ulteriori gruppi di Aziende per step successivi, secondo la programmazione regionale.

L'AUSL di Imola, inserita già nel 2019 nell'ambito del primo gruppo di Aziende che hanno avviato la nuova piattaforma, ha proseguito nel 2023 nell'implementazione del sistema con particolare riferimento all'applicazione delle manutenzioni evolutive aventi riflessi migliorativi gestionali.

L'Azienda ha garantito, attraverso i propri componenti, la partecipazione attiva alla Cabina di Regia, aggiornata nel corso del 2023, come da Determinazione regionale n. 5642 del 16.3.2023 e da documento in atti prot. 11723 del 28.3.2023, che comprende il nuovo Regolamento di funzionamento della Cabina di Regia. Tale organismo esplica le seguenti funzioni:

- garantisce l'esercizio delle funzioni di governance necessarie per l'implementazione e lo sviluppo del progetto GAAC, secondo modalità tali da garantire le finalità, l'efficacia, l'efficienza, l'organicità e l'omogeneità del sistema nel lungo periodo;
- opera quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra i diversi livelli decisionali presenti all'interno del SSR, anche al fine di favorire l'omogeneizzazione delle codifiche, dei linguaggi, degli strumenti di gestione, sia in termini di condivisione delle migliori pratiche che di interpretazione delle normative;
- individua, in coerenza con gli obiettivi del progetto, le aree all'interno delle quali promuovere la graduale convergenza verso modalità omogenee di gestione dei processi amministrativo contabili;
- garantisce il monitoraggio dei processi di manutenzione e il coordinamento dello sviluppo evolutivo della infrastruttura applicativa e tecnologica.

Inoltre, nel 2023 l'Azienda, attraverso un ampio coinvolgimento degli operatori addetti al sistema amministrativo-contabile, ha partecipato all'aggiornamento formativo realizzato ed esteso a tutte le aree gestionali sia di contabilità generale che di logistica. Ha coordinato, inoltre, attraverso i propri componenti della Cabina di Regia, il sotto-gruppo rivolto ad analizzare e sviluppare miglioramenti gestionali del software in tema di conto deposito e di utilizzo del DDT elettronico.

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n. 205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Nel 2023 si devono garantire le emissioni degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTIER, quale intermediario per l'invio NSO. In coerenza con la linea guida regionale, redatta allo scopo di fornire indicazioni utili alla messa a punto di una organizzazione aziendale ed amministrativa in grado di mettere a pieno regime l'ordine elettronico NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021), oltre alla verifica dei dati risultanti dal monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO finalizzata alla corretta emissione dell'ordine NSO.

Indicatori e Target:

- Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende Intercompany: target 100%.
- Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende Intercompany: target 100%.
- Rispetto tempistica monitoraggio regionale: target 100%.

L'AUSL di Imola ha dato applicazione alle disposizioni regionali volte alla completa dematerializzazione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, in ottemperanza del Decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze concernente modalità e tempi per l'attuazione del NSO. Già dal 2021 e dal 1.1.2022 per l'ordinazione dei servizi, l'Azienda ha portato a regime il sistema di emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione dei beni e servizi mediante il "Nodo di smistamento degli ordini di acquisto" (NSO), assicurando, in specifico, tutte le azioni propedeutiche atte a garantire, secondo le indicazioni nazionali e regionali, l'emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione dei servizi, mediante il "Nodo di smistamento degli ordini di acquisto" (NSO).

In conformità alle disposizioni in ordine all'emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica, l'Azienda ha assicurato la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR 287/2015, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Fatturazione Elettronica

Nel 2023 proseguono le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica, di seguito dettagliate.

Controllo ordine NSO. Le disposizioni all'art. 3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra Ordinazione e fattura venga assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, contenuti nella Tripletta di identificazione. Eccezionalmente l'associazione tra ordinazione e fattura può realizzarsi mediante l'Ordine di convalida. Si sottolinea che, ai sensi del comma 4 della norma citata, tale prescrizione nel 2023 è obbligatoria sia per i beni e sia per i servizi. Ciò significa che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi. Viene, pertanto, richiesto di assicurare a livello aziendale adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Per l'AUSL di Imola l'obiettivo è stato raggiunto al 100%. A partire dal 1.1.2022 tutte le fatture, comprese quelle riguardanti i servizi, pervengono in formato elettronico e vengono liquidate solo se correttamente predisposte e riportanti la "Tripletta di identificazione". In carenza vengono respinte.

Controllo sui Farmaci. A partire dal 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono essere fornite indicazioni in merito al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del DL 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96. Il comma prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con gli esercizi precedenti, nel 2023 l'Azienda ha assicurato il rispetto della norma mettendo in campo idonei strumenti di controllo, sia a livello di Servizio Farmaceutico che di Bilancio, che ha assicurato l'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Dispositivi Medici. L'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019- 2021", nel sostituire il comma 8 dell'art. 9-ter del DL 19 giugno 2015 n. 78, ha previsto che il superamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici debba essere rilevato sulla base del fatturato di ciascuna Azienda, anziché, come originariamente previsto, sulla base dei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE. Inoltre, la norma prevede che, nell'esecuzione di contratti in essere è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Al riguardo sono state fornite indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni di cui sopra da parte del Ministero della salute (nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019) ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9-ter, comma 8, del DL 19 giugno 2015 n. 78, come modificato dall'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145". Tale circolare ministeriale è stata trasmessa alle Aziende Sanitarie (nota regionale PG/2019/0241311) con il medesimo oggetto, per darne applicazione.

Infine, con Circolare Ministeriale n. 7435 del 17 marzo 2020, al fine di assicurare la corretta attribuzione dei dispositivi medici alle diverse voci di spesa, è stato specificato che è indispensabile che la struttura sanitaria che opera per suo conto, dia indicazioni specifiche ai fornitori di dispositivi medici per la compilazione delle fatture elettroniche con l'indicazione del Tipo DM, del numero di repertorio e del Conto CE/SP identificato dalla struttura sanitaria. A tal fine la Circolare Ministeriale 7435/2020 richiama gli adempimenti dell'ordine NSO e la necessità di emettere ordini elettronici con le informazioni sui DM coerenti a quanto il fornitore dovrà poi riportare sulla fattura e prevede che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto previsto dalla normativa citata.

Anche nell'esercizio 2023, l'AUSL di Imola ha assicurato l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

OBIETTIVO 4.2: Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Nei prossimi anni il sistema degli appalti pubblici continuerà ad essere impegnato nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dal Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC).

In particolare, la maggior parte degli interventi devono essere realizzata entro il 2025, rendendo necessario completare tempestivamente le iniziative di gara lanciate nel 2022 e avviarne di nuove. L'evento che nel 2023 impatterà in maniera maggiore il settore degli appalti è l'approvazione ed entrata in vigore del nuovo Codice degli Contratti Pubblici che prevede numerosi aspetti di novità.

In un contesto fortemente dinamico è necessario rafforzare la collaborazione fra IntercentER e le Aziende Sanitarie anche nell'ottica di recepire in maniera omogenea e coordinata le novità derivanti dalla pubblicazione del nuovo Codice dei Contratti. Inoltre, al fine di rendere sempre più efficiente l'utilizzo delle risorse, è necessario attenersi strettamente alle modalità di approvvigionamento definite a livello regionale e utilizzare in maniera sempre più sistematica gli strumenti di acquisto messi a punto a livello regionale.

Indicatore e target:

- Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da IntercentER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare). Target: 59%.

Risultati 2023

L'AUSL di Imola, nel 2023, ha effettuato l'acquisizione di beni e servizi attraverso iniziative centralizzate mediante convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da IntercentER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. La percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è stata pari a 78,48%, tenendo in considerazione le aggregazioni in capo a IntercentER e Consip; risulta pari al 91,31% prendendo in considerazione anche l'aggregazione degli acquisti effettuati tramite il Servizio Acquisti Metropolitan.

OBIETTIVO 4.3: Il Governo delle risorse umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2023 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale. In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), le Aziende ed enti del SSR devono procedere a predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegati ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il **Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)**, che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico. L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) anche nel corso del 2023, è stata rivista e rimodulata al fine di assicurare la coerenza con i contenuti della programmazione sanitaria regionale, e favorire in particolare la riduzione delle liste di attesa. In sede di predisposizione della proposta

di Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP 2023-2025 e della relativa approvazione regionale viene assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti di supporto finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, al supporto della rete dell'emergenza urgenza, e agli strumenti finalizzati a supportare i servizi assistenziali a fronte della carenza di particolari professionalità.

Nell'ambito della Gestione del sistema sanitario regionale e del personale, viene richiesto da parte delle Direzioni aziendali un particolare impegno per garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). Nel 2023 è stata predisposta il Percorso di sviluppo dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con le indicazioni dell'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento con la previsione di un progressivo pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze, in applicazione delle Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie".

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

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. Anche per quanto riguarda il triennio 2023-2025, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile", presso le Aziende del SSR della Regione Emilia Romagna.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, si deve garantire, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale), nonché degli eventuali nuovi rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e della Dirigenza.

Indicatore e target:

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

Costi del personale

Anche nel 2023 si richiede un impegno al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste sia dalla Direzione Generale regionale sia dalle normative vigenti.

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.

Risultati 2023

Nel 2023, la redazione della Piano Triennale dei Fabbisogni è avvenuta in conformità agli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria trasmessi dal livello regionale e alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La cornice finanziaria per l'anno 2023 ha tenuto conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi assegnati all'Azienda da parte del livello regionale e concordate in sede di concertazione regionale.

Il costo delle risorse umane è stato quindi determinato in relazione alla programmazione della copertura della dotazione organica esposta nella previsione di PTFP 2023-2025, ai vincoli normativi e alle previsioni di bilancio in funzione della necessità di sostituzione del personale cessato (c.d. turnover) e di completamento delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro di natura flessibile.

Nel 2023, a fronte di n. 168 cessazioni, le unità assunte per Turnover sono state complessivamente n. 103, di cui n. 10 per Turnover 2021, n. 39 per Turnover 2022 e n. 35 per Turnover 2023. Le assunzioni effettuate hanno interessato n. 39 unità di personale dirigente, n. 49 unità di personale del comparto sanitario e tecnico dedicato all'assistenza e n. 15 unità di personale amministrativo e del ruolo tecnico.

Relativamente al personale in somministrazione lavoro si è passati da una media annua per il 2022 di 10,25 unità a una di 8,62 per il 2023.

Strutture complesse: in coerenza con le linee guida emanate e gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel DM 70/2015, nel corso del 2023 sono state affidati, previa autorizzazione regionale, n. 3 incarichi di struttura complessa di cui n. 2 a personale interno all'Azienda stessa.

Stabilizzazioni e verticalizzazioni: l'Azienda ha implementato le procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali in relazione sia a quanto disciplinato dall'art. 20 del D.Lgs n. 75/2017 e s.m.i. sia a quanto previsto dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN.

In esito alle procedure "Covid" espletate sono state stabilizzate n. 10 unità del comparto.

Lo scorrimento di graduatorie di selezione pubblica ha comportato l'ulteriore stabilizzazione del rapporto di lavoro di n. 10 dirigenti e n. 5 unità del comparto. Sono, inoltre, state effettuate le procedure di verticalizzazione per n. 11 unità di personale tecnico e n. 1 unità amministrativa.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU): anche nell'anno 2023 l'Azienda è stata impegnata al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di

governo del progetto GRU, la collaborazione per lo sviluppo di nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia, nonché il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli implementati.

In sintesi, gli obiettivi perseguiti sono stati i seguenti:

- Rispetto del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Effettuazione di almeno l'80% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".
- Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma.
- Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Il costo delle risorse umane è stato determinato nel rispetto della programmazione del fabbisogno aziendale di personale esposta nel PTFP relativo al triennio 2023-2025 e approvato dalla RER per l'anno 2023, in coerenza con i vincoli normativi e le previsioni di bilancio, in funzione delle azioni ivi previste.

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane"(GRU), partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale.

Nel corso dell'anno è stato garantito il coordinamento con la Regione per la realizzazione del richiamato progetto e la collaborazione per lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia. È stata inoltre data attuazione alle decisioni della cabina di regia GRU per il pieno utilizzo dei moduli resi disponibili nell'ambito dell'applicativo unico.

Il nuovo applicativo di rilevazione presenze/assenze è utilizzato da tutti gli operatori dei competenti uffici e tramite lo stesso vengono generati i flussi delle voci stipendiali variabili ed il relativo flusso di trasferimento al trattamento economico. Il nuovo Portale del dipendente è stato implementato per la totalità del personale dipendente che tramite lo stesso può visualizzare e stampare il proprio report mensile delle presenze e delle assenze, nonché presentare richieste di assenza che vengono indirizzate al responsabile di riferimento per essere processate.

È stata inoltre data attuazione alle decisioni della cabina di regia GRU per il pieno utilizzo degli ulteriori sviluppi resi disponibili nell'ambito dell'applicativo unico per la gestione della adesione/non adesione al fondo Perseo-Sirio nella forma del silenzio-assenso, per la gestione dei bonus economici disposti dalla normativa per i lavoratori rientranti in determinate fasce reddituali nonché per la gestione dei trattamenti economici previsti dal CCNL del comparto sanità (2019-2021).

In esito alla previsione delle linee guida regionali che davano indicazioni in ordine all'effettuazione di concorsi per il personale dell'area Comparto a livello di Area Vasta, sono stati predisposti e sottoscritti diversi protocolli di intesa per la gestione congiunta di concorsi pubblici per profili professionali del Comparto, secondo una ripartizione condivisa tra le Direzioni delle Aziende coinvolte dell'Area Vasta Emilia-Centro.

Dalla seconda metà del 2022 il modulo Concorsi di GRU viene utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano. È stata, inoltre, implementata l'evolutive per la valutazione massiva dei titoli, con utilizzo per concorsi con un rilevante numero di candidature.

Sistema di valutazione integrata delle performance

Il sistema di valutazione dell'AUSL di Imola è disciplinato dal "Regolamento Sistema di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", di cui alla Deliberazione n. 136 del 22.6.2018, in linea con quanto disposto in materia dall'OIV-SSR, da ultimo secondo le Linee Guida n. 1/2022, prot. RER 0641755 del 18.7.2022. Discende da tale impianto la "Guida alla valutazione del personale – AUSL di Imola" (in atti Prot. 0007818 del 01/03/2022) che, nell'ambito del percorso regionale di rafforzamento del sistema integrato di valutazione del personale, ha lo scopo di illustrare, in modo chiaro e sintetico la struttura ed i contenuti del sistema di valutazione attualmente vigente in azienda, ai dipendenti sia nella veste di valutatori che di valutati.

Piano di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione 2023 2025

In riferimento alla nota in atti prot. 25312 del 26/07/2023 "Trasmissione Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", ed in coerenza alle "Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie" (Prot. RER 18/07/2022 0641755.U), l'AUSL di Imola ha predisposto il proprio "Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", quale percorso strutturato aziendale di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, approvato con deliberazione n. 212 del 30/10/2023.

Il Piano fissa obiettivi specifici nel periodo triennale, la cui realizzazione viene rilevata tramite indicatori declinati nel Piano e un confronto periodico sullo stato di avanzamento e sulle eventuali criticità riscontrate. In coerenza con le indicazioni regionali, l'AUSL di Imola, nel corso del triennio, ha programmato il progressivo passaggio del Sistema di valutazione aziendale del personale al modulo valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale, realizzando le azioni necessarie per utilizzare il SW GRU Nuova Versione Regionale per tutti i Profili e tutte le tipologie di valutazione previste dal Sistema di valutazione integrata aziendale.

OBIETTIVO 4.4: Programma regionale gestione diretta dei sinistri

L'attuazione e l'operatività del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile", approvato con DGR 2079/2013, necessita di molteplici attività e azioni con particolare riferimento alla tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza regionale nonché alle corrette modalità di relazione tra Aziende e Nucleo Regionale di Valutazione.

Nel documento "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020 è stabilito che: *"la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV"*.

Per i sinistri di fascia regionale è inoltre necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del Programma Regionale dichiari nell'istanza di parere (indirizzata al Nucleo Regionale) che il sinistro specificamente trattato è stato istruito conformemente alle indicazioni di cui alla Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda: a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, la Regione ha messo a disposizione apposito fac-simile di istanza che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

Risultati 2023

Indicatore 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%.

Nel corso del 2023, sono state inviate al Nucleo Regionale di Valutazione cinque richieste di parere (protocolli n. 4744 del 6/2/23, n. 9006 del 9/3/23, n. 12735 del 5/4/23, n. 19162 dell'1/6/23, n. 26785 del 9/8/23) e la relativa documentazione è stata caricata contestualmente entro massimo 2 giorni lavorativi dall'invio di ciascuna richiesta. Le cinque predette richieste di parere inviate al Nucleo Regionale di Valutazione dichiarano tutte che il sinistro è stato trattato ed istruito conformemente alle indicazioni di cui alla Circolare regionale n. 12/2019; per tali istanze è stato inoltre utilizzato il fac-simile messo a disposizione delle Aziende dalla Regione Emilia-Romagna.

Con la nota regionale Prot. 20.07.2022.0647322.U: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri" sono state date indicazioni anche per la stesura dei verbali del C.V.S. Al fine di allineare le prassi operative sul territorio regionale, è stato infatti fornito un modello di verbale del C.V.S. da utilizzare nei sinistri sopra soglia per i quali l'Azienda formula richiesta di parere al Nucleo Regionale di Valutazione.

Indicatore e target:

- Adozione del modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso: target: 100%.

In tutte le sedute del CVS in cui è stato deciso di presentare richiesta di parere al Nucleo Regionale di Valutazione è stato utilizzato il modello di verbale fornito della Regione. Trattasi dei verbali CVS n. 3 del 2/2/23 (prot. n. 4560 del 6/02/2023), n. 5 dell'8/2/23 (prot. n. 8696 del 7/03/2023), n. 8 del 23/3/23 (prot. n. 12710 del 5/04/2023), n. 11 del 29/5/23 (prot. n. 19153 dell'1/06/2023), n. 14 del 4/8/23 (prot. n. 26571 del 7/8/2023).

OBIETTIVO 4.5: Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

In attuazione della LR 9/2017, Capo III, art.5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR provvedono a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale. Alle Aziende sanitarie viene richiesto di seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 22853 del 21/12/2020. Dovranno confermare la raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del

conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo ove occorra l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interessi. Sono tenute ad assicurare tempestivamente la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali e le procedure aziendali devono assicurare in materia la puntuale implementazione del Codice di comportamento, di cui allo schema tipo approvato con DGR 20/2024. Inoltre, le Aziende sono tenute a adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC e dovranno confermare le misure, i criteri e le modalità inerenti all'applicazione del principio di rotazione del personale, quale misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

Risultati 2023

Indicatori e target:

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno.
Target: >=90%.

Con deliberazione n. 43 del 28 febbraio 2024, su proposta del RPCT e come convenuto con l'OIV-SSR ed il Tavolo regionale RPCT (nota prot.55106 del 19/1/2024 in atti al prot. 2075 del 22/1/2024) è stato approvato l'aggiornamento relativo all'anno 2024 della sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025, già approvata con delibera 53/2023, con lo scopo di dare evidenza delle modifiche riconducibili, in particolare, alle novità nel frattempo intervenute (PNA 2023, aggiornamento del Codice di comportamento, aggiornamento delle analisi del contesto esterno ed interno, valutazione dei rischi, identificazione misure generali e specifiche, trasparenza ...).

Riprendendo il concetto dalle Linee guida regionali (vedi DGR 990/2023 paragrafo "Articolazione ed aggiornamento di specifiche Sottosezioni del PIAO"), l'aggiornamento effettuato con il documento di aggiornamento, si limita a rappresentare la concreta applicazione degli indirizzi strategici presenti nel PIAO per la Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza, al fine di contestualizzarli correttamente nell'arco di vigenza del PIAO: non si tratta quindi di un aggiornamento "in senso stretto" del PIAO triennale, quanto piuttosto della descrizione del suo sviluppo applicativo, in una logica di coerenza sistemica.

Relativamente all'anno 2023, come rendicontato nel citato aggiornamento 2023 della Sottosezione, è proficuamente proseguito il lavoro di progressiva mappatura dei processi e dei rischi, con un'analisi per aree di rischio, che ha riguardato i seguenti Dipartimenti/Unità Operative Complesse/Servizi:

A) UOC SEGRETERIA GENERALI E AFFARI LEGALI

La mappatura dei processi e la valutazione dei rischi correlati della presente Unità Operativa complessa, iniziata nel 2022, ha dapprima riguardato i processi di "Gestione diretta dei sinistri", attinente all'Area di Rischio Affari Legali e Contenzioso e "Affidamento di incarichi a legali interni ed esterni", attinente all'Area di Rischio "Incarichi e nomine", con un'analisi che ha visto coinvolto il Gruppo di Lavoro interaziendale di area AVEC e della AUSL Romagna, di cui si è data evidenza negli Allegati B6 e C6 della "Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025".

Il lavoro è poi proseguito, in ambito aziendale, analizzando lo specifico processo "Procedimento disciplinare", attinente all'area di rischio "Affari Legali e Contenzioso", di competenza della UOC Segreteria Generale e Affari Legali e dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (cfr. Allegato B).

In coerenza con l'obiettivo di progressiva ed integrale mappatura, non appena verrà adottato il nuovo Regolamento sull'affidamento degli incarichi extraistituzionali ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 attualmente in fase di perfezionamento, si darà corso all'analisi ed alla mappatura anche di questo specifico processo.

B) DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Nel corso del 2023 è stato costituito, nell'ambito del Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un apposito Gruppo di Lavoro interaziendale composto da esperti della specifica materia nelle singole aziende e di prevenzione della corruzione, con l'obiettivo di aggiornare la mappatura dei processi e valutazione dei rischi del Dipartimento di Sanità Pubblica, riconducibili all'area di rischio "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni". Il lavoro di mappatura è stato strutturato anche quale evento formativo accreditato ECM "Aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo all'interno dei Dipartimenti Sanità Pubblica: introduzione ad una metodologia condivisa".

L'AUSL di Imola, tramite diversi incontri tra i Direttori/professionisti delle varie Unità Operative (UOC Igiene e Sanità Pubblica, UOC Igiene Veterinaria e UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro), è così pervenuta all'adozione di una mappatura dei processi e delle attività a rischio corruttivo del Dipartimento di Sanità Pubblica, che ha tenuto conto delle peculiari modalità organizzative e procedurali dell'Azienda, caratterizzata da una forte connotazione di gestione dipartimentale dei processi. Il lavoro è stato condiviso con le altre Aziende del Tavolo RPCT e l'ultimo incontro del Gruppo, fissato per l'illustrazione ed il confronto dei lavori svolti, è previsto per il giorno 9 maggio 2024.

C) SERVIZIO MORTUARIO

Il processo di mappatura dei processi riconducibili all'area di rischio specifica dei "decessi intra ed extra ospedalieri", avviato a livello aziendale nel 2022 con il contributo della Direzione Infermieristica e Tecnica e della Direzione Medica di Presidio, cui fa capo il Servizio Mortuario, ha visto la sua conclusione con l'adozione di una nuova mappatura dei processi e delle aree di rischio.

L'analisi è stata condotta partendo dall'importante modifica organizzativa del servizio introdotta nel 2022 a seguito dell'adozione della Deliberazione n. 179 del 11/08/2022 di "Approvazione del regolamento per l'accesso e per le attività di pertinenza del personale dipendente dell'Azienda USL di Imola e delle imprese di onoranze funebri che svolgono nelle camere mortuarie di Imola e Castel San Pietro Terme".

Le nuove mappature sopra illustrate, vanno ad aggiungersi alle precedenti, illustrate nella Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023-2025.

Per le restanti aree di rischio e singoli ambiti aziendali che non sono ancora stati oggetto di riesame, si fa ancora riferimento alle mappature allegate al PTPCT 2022-2024, dove i processi ed i rischi sono identificati in funzione dell'area di rischio, generale o specifica, come definite nel PNA 2013 e PNA 2015.

Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto.

Nel corso del 2023 si è dato, infatti, avvio all'aggiornamento della mappatura dei processi e valutazione dei rischi attinenti all'area dei contratti pubblici, intervenendo solo per le fasi di specifica competenza delle Aziende e non per quelle gestite da Intercenter.

Il Gruppo di Lavoro, a seguito di confronto con i professionisti delle varie Aziende coinvolte, ha elaborato una mappatura che è in corso di condivisione in sede aziendale, per essere poi formalmente adottata nel corso dei prossimi mesi.

Inoltre, è stata condivisa nell'ambito del Tavolo RPCT AVEC/AUSL Romagna la volontà di costituire tre diversi gruppi di lavoro con l'obiettivo, nel corso del 2024, di aggiornamento della mappatura dei processi, rispettivamente:

- Informatici, con analisi dei disagi dovuti ad episodi di hackeraggio, la manutenzione degli strumenti elettronici e cyber security.
- Relativi alle liste di attesa.
- Relativi al DSM-DP, al fine di arricchire l'analisi del rischio dei processi anche di area sanitaria.

Si segnala che il Codice di comportamento nazionale (DPR 16 aprile 2013, n. 62) è stato oggetto di recenti modifiche apportate dal DL 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79 e dal DPR 13 giugno 2023, n. 81 che hanno modificato l'art. 54 del D. Lgs. n.165/2001. Le modifiche hanno riguardato, principalmente, l'inserimento di disposizioni dedicate al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione; alla formazione obbligatoria sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico; alla responsabilità dei dirigenti per la crescita dei propri collaboratori e per il benessere organizzativo nonché ai criteri di misurazione e valutazione della performance.

A livello regionale un apposito gruppo di lavoro ha elaborato una proposta di nuovo Schema tipo del Codice di comportamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale, in coerenza con le nuove disposizioni nazionali, che la Giunta Regionale ha adottato con delibera n. 1956 del 13 novembre 2023.

Il nuovo schema tipo di Codice di Comportamento aziendale è stato pubblicato sul sito internet dell'AUSL di Imola (su "Amministrazione Trasparente" e nelle news in primo piano), oltre che nella intranet aziendale, al fine di dare avvio alla procedura aperta di consultazione. Inoltre, ai fini della massima trasparenza, è stata data informativa alle organizzazioni sindacali dell'aggiornamento del Codice e dell'apertura della relativa procedura di consultazione pubblica, allegando lo schema tipo elaborato in sede Regionale.

Decorsi i termini della procedura di consultazione e preso atto che non è pervenuta alcuna osservazione da parte degli stakeholders, il testo aggiornato della proposta del Codice di Comportamento della AUSL di Imola è stato sottoposto al preventivo parere obbligatorio dell'OIV-SSR, come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, che in data 16/1/2024 si è espressa con "parere favorevole" all'approvazione.

Al termine dell'iter previsto dalla normativa, con deliberazione n. 20 del 29/1/2024, il Direttore Generale ha approvato il "Codice di Comportamento per il personale operante presso l'Azienda Usl di Imola" e la relativa Relazione illustrativa di accompagnamento.

L'attuale codice di comportamento dell'AUSL di Imola ed è pubblicato sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Disposizioni Generali – Atti Generali

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8302>.

La Relazione per l'anno 2023 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del RPCT, entro il termine del 31/01/2024 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 08/11/2023, alla pagina:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7397>.

La verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 203 del 17/05/2023 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità", ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti.

L'OIV della RER ha effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle Unità operative interessate, verificati positivamente e trasmessi dall'OAS aziendale.

La verifica dell'OIV ha avuto esito positivo e, con proprio provvedimento n. 1103297 del 07.11.2023, in atti al prot. n. 36211 del 08.11.2023, ha attestato la veridicità e l'attendibilità in ordine alla corretta pubblicazione, all'aggiornamento, alla completezza e all'apertura del formato di ciascun documento selezionato ai sensi della delibera n. 203/2023, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

Con nota prot. n. 33719 del 17/10/2023, in atti del Servizio, il RPCT ha avviato il procedimento di ulteriore verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/10/2023, come previsto nella Sottosezione "Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025.

Come negli anni precedenti si è dato corso alla acquisizione delle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento, che hanno riguardato il personale della dirigenza e del comparto, in modalità telematica, tramite il Portale per i dipendenti. Relativamente all'obiettivo indicato nella delibera regionale, si ritiene di avere pienamente rispettato il target, con una percentuale di risposta pari al 90,25% fra conferme delle dichiarazioni precedenti e nuove dichiarazioni.

Inoltre, l'AUSL di Imola ha partecipato alla Giornata del Trasparenza, promossa dalle aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese e dalla AUSL della Romagna, e organizzata dall'IRCCS AOU di Bologna in modalità di webinar, nella giornata del 07.02.2024, ad oggetto "Trasparenza nella gestione dei progetti PNRR strumenti e controlli".

OBIETTIVO 4.6: Sistema di audit interno

La LR 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter "Sistema di audit interno", consolida quanto già previsto nella LR 23 dicembre 2004, n. 29, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale. Attraverso specifiche Linee guida regionali, che le Aziende sanitarie saranno tenute a dare attuazione secondo le modalità e le tempistiche indicate nelle Linee guida stesse, il Nucleo Audit regionale fornirà le prime indicazioni per la definizione, l'implementazione ed il mantenimento del Sistema di Controllo Interno aziendale, basato su una struttura a tre linee di difesa e che (tenuto conto delle analisi svolte nelle 13 Aziende sanitarie nel corso 2021) preveda l'identificazione delle strutture organizzative specificamente deputate allo svolgimento dei controlli di secondo livello (in tema di gestione dei rischi), ivi compresa la definizione delle componenti minime del controllo di secondo livello. Le indicazioni riguardano anche la definizione degli elementi essenziali del Mandato e del Regolamento di Audit interno (finalità, poteri,

responsabilità e ambiti di competenza della funzione aziendale di Audit interno, principi e standard professionali cui ispirarsi, posizionamento nell'organizzazione aziendale, metodologia di lavoro, modalità operative e strumenti con cui realizzarla, ivi compresi la definizione delle tempistiche, l'armonizzazione e la standardizzazione delle fasi del processo di Audit interno) e per la definizione dei Piani pluriennale e annuale di Audit. Inoltre, in ambito PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili - da compiersi ai fini della rendicontazione degli Investimenti/Sub-Investimenti/Linee di attività PNRR/PNC. Le modalità di effettuazione di tali attività di controllo saranno indicate dal Nucleo Audit regionale.

Risultati 2023

Indicatore e target

- Completamento attività di controllo al 31/03/2024, in relazione alla spesa rendicontata al 31/12/2023: 100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale.

L'AUSL di Imola partecipa ai lavori del Nucleo Audit Regionale attraverso n. 2 componenti aziendali individuati nel Responsabile della Programmazione e Controllo e nel Responsabile della Prevenzione Rischi Corruttivi e Trasparenza. Con deliberazione n. 254 del 22.12.2022, l'AUSL di Imola ha istituito la funzione di Audit interno ai sensi della L.R. n. 9/2018 che modifica e integra la L.R. n. 29/2004.

La funzione di Audit interno è affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori preposti a funzioni di staff aziendali, già operanti nel presidio di rischi aziendali specifici, coordinato dal componente aziendale del Nucleo Audit Regionale.

L'organizzazione del Board prevede che i componenti possano operare congiuntamente e/o disgiuntamente, a seconda delle aree oggetto di auditing, adottando modalità di approccio che garantiscano l'applicazione dei principi di obiettività professionale, integrità, riservatezza, garantendo l'astensione nelle attività di valutazione del sistema di controllo afferente al settore/servizio nel quale è incardinato il singolo componente. Il Board aziendale ha la finalità di garantire la funzione di Audit interno, quale presidio di terzo livello, ad integrazione dell'*Assurance* fornita dagli altri livelli di presidio aziendale dei rischi.

Le funzioni saranno effettuate mediante processi di auditing basati sulla valutazione del disegno e del funzionamento dei controlli interni aziendali, con modalità che favoriscano il coinvolgimento del management operativo, favorendo la diffusione e la cultura della mappatura dei rischi e della valutazione integrata dei rischi. Nella fase di start up si è ritenuta prioritaria l'azione a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi. L'attività svolta nel 2023, ha riguardato:

- La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida regionali inerenti alla definizione di un sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC", approvate dalla Regione con Determinazione n. 23188 del 6.11.2023.
- La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida per la definizione del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale".

Gli obiettivi regionali 2023 prevedevano per la funzione Audit aziendale, il completamento delle attività di controllo su PNRR/PNC al 31/03/2024, in relazione alla spesa rendicontata al 31/12/2023. Tale attività

specificata non è stato possibile attuarla in quanto sul sistema Regis non vi è al 31.12.2023 spesa *rendicontata*, ma vi è alimentata l'area di monitoraggio della spesa.

A livello aziendale, pertanto, la funzione Audit ha comunque condotto attività di verifica, mediante le seguenti azioni:

- "Ricognizione e presa d'atto del complesso dei Progetti PNRR-PNC in ambito aziendale con Analisi dell'Assetto di Governance Aziendale, individuando i controlli di 1°, 2° e 3° livello nell'ambito della gestione PNRR-PNC. Il relativo Verbale è stato inviato alla Direzione Generale con prot. in atti 3113 del 30.1.2024.
- Attività di verifica sulle procedure di acquisizione (checklist 5.1 e 5.2) e sulla verifica dei documenti contabili di cui alle linee guida regionali in atti protocollo 36632 del 13.11.2023, effettuate a campione in relazione allo stato di avanzamento del progetto in termini di spesa al 31.12.2023 ed almeno 1 progetto per RUP. I Verbali di verifica sono stati trasmessi alla Direzione Generale con note in atti prot. 10953 del 29.3.2024 e prot. 10954 del 29.3.2024.

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

Il Regolamento UE 2016/679 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, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi e adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali. Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs. 196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall'Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

Risultati 2023

L'Azienda ha provveduto a garantire l'applicazione di quanto previsto dalla normativa europea in coerenza con la normativa nazionale, le indicazioni dell'Autorità Garante e del Data Protection Officer (DPO) di area metropolitana. Per l'anno 2023 l'AUSL di Imola, con riferimento agli indicatori elencati ha garantito quanto sotto riportato.

Indicatori e target

- 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%.

Con riferimento a tale indicatore, è stata avviata una ricognizione delle attività svolte relativamente alla telemedicina/teleconsulto/televisita, app. sanitarie, ecc.; è stata riscontrata una attività cospicua che in sintesi e limitatamente all'anno 2023 può essere descritta come segue:

- aggiornamento, attraverso atto deliberativo (Deliberazione n. 57 del 06/03/2023), del documento "Linee guida per l'applicazione del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. 30.06.2003 n. 196", con l'introduzione della disciplina della Telemedicina. In conformità a tale disciplina è stata adottata e pubblicata nella sezione Privacy del sito istituzionale la specifica informativa "Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 nell'ambito

dell'erogazione e gestione delle prestazioni sanitarie in telemedicina" (nota prot. n. 10591 del 20/03/2023);

- nell'ambito dell'attivazione della piattaforma applicativa SegnalER per la gestione delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure e ai sinistri delle strutture sanitarie nella Regione Emilia-Romagna, è stata effettuata la Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA) (in atti al prot. n. 17061 del 12/05/2023) la nomina dei Responsabili del trattamento ex art. 28 del GDPR (in atti al prot. n. 23300 del 10/07/2023) e verificata la conformità delle Informative ex art.13.

In riferimento al seguente obiettivo/indicatore:

- Definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica.
Target: 100%.

Con riferimento a tale indicatore, nel corso del 2023, l'area della ricerca scientifica ha assorbito notevoli energie, con riferimento alla protezione dei dati. Alla luce del provvedimento dell'Autorità Garante del 30 giugno 2022 sono stati istituiti due Gruppi di Lavoro in area AVEC. Il primo gruppo, nel mese di marzo 2023, ha licenziato un parere di chiarimento relativamente all'obbligo della Valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA) ed alla consultazione preventiva. Il secondo gruppo è stato attivato nel mese di ottobre al fine di definire un nuovo modello di DPIA, maggiormente coerente con i provvedimenti dell'Autorità Garante, per l'attività di ricerca scientifica, da applicarsi in tutte le aziende di Area Vasta, inclusa pertanto anche nell'AUSL di Imola. Nell'ambito dei due Gruppi di Lavoro sopra richiamati sono stati ampiamente esaminati i profili di titolarità/responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca e sono state assunte delle decisioni.

OBIETTIVO 4.8: Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Obiettivo 4.8.1 Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Nel corso del 2023, le Aziende sanitarie devono programmare gli interventi per l'attuazione delle misure urgenti in materia del Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)".

Nel 2023, si deve completare il percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, ripreso anche nelle azioni del PNRR, e della corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate. Si dovranno pertanto avviare percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Risultati 2023

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: 70%.

- **(IND930)** Numero di utenti che sono acceduti al FSE sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE. Valore di riferimento: 70%.

L'AUSL di Imola un risultato pari al 72,5%, con una media RER di 74,36%.

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

- **(IND933)** Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati. Valore di riferimento: 80%.

Il risultato per l'AUSL di Imola nel 2023 è pari a 90,05%, con una media RER di 83,65%.

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

- **(IND934)** Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati. Valore di riferimento: 80%.

Il risultato aziendale nel 2023 è pari al 37,5%, con una media RER dell'83,7%. L'obiettivo non risulta raggiunto anche se risultano integrati nel 2023 con la rete SOLE Imola 4 strutture accreditate e una sola non integrata (Terme di CSPT), mentre altre strutture accreditate che vengono utilizzate per prestazioni di specialistica ambulatoriale sono integrate nella rete SOLE di altre aziende Sanitarie (es. AUSL Bologna).

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

- **(IND935)** Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati. Valore di riferimento: 80%.

Il risultato aziendale è 0%; la media RER 11,98%. Tale Funzione non è stata attivata in quanto prevede l'acquisizione di un SW specifico per la gestione di queste comunicazioni SATAM verso FSE e nel 2023 non erano disponibili risorse per tale investimento.

Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia). Target: 90%.

- **(IND1006)** Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul FSE regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE. Valore di riferimento: 90%.

Il risultato per l'AUSL di Imola, nel 2023, è pari al 99,91%, con una media RER del 99,97%. Tutti i referti di laboratorio e radiologia sono indicizzati sul FSE e sul repository SOLE con pochissime eccezioni causa errori o invio non previsto (laboratorio per esami super sensibili).

Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione). Target: 40%.

- **(IND1007)** Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul FSE regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0). Valore di riferimento: 40%.

Il risultato aziendale, nel 2023, risulta pari al 40,03%, con una media RER del 34,08%. Tutti gli applicativi del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione sono stati adeguati nel corso del 2023. In particolare, si veda la tabella che segue, dove dalle date di avvio si evince che tutti i documenti sono stati indicizzati sul FSE nel nuovo formato 2.0.

| Denominazione SW | Tipologia | DATA AVVIO |
|-------------------------------|--|------------|
| DNLab | REFERTI LABORATORIO | 10/07/2023 |
| FirstAid PS | REFERTI PRONTO SOCCORSO | 18/12/2023 |
| SIAVr-ONVAC | SCHEDA VACCINALE E CERTIFICATO VACCINALE | 15/12/2023 |
| FENIX | REFERTI RADIOLOGIA | 20/07/2023 |
| Smart*Health (IPERICO) | LETTERE DI DIMISSIONE | 22/12/2023 |

Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento. Target: Sì.

La Funzione è stata implementata tramite applicativo CUP.

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

Risultati 2023

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio. L'Accordo di Programma (AdP) V fase, 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 38 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma V fase, 1° Stralcio le Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure normative per la predisposizione della progettazione degli interventi e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie.

Indicatori e target:

- Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase 1° stralcio entro dicembre 2023 Target: 100%.

Rendicontazione obiettivo. L'intervento in carico all'AUSL di Imola, nell'ambito dell'Accordo di Programma per gli investimenti ai sensi dell'art. 20 Legge 67/1988 V fase 2° stralcio, riguarda la "ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola – primo stralcio" il cui progetto esecutivo è stato approvato dal gruppo tecnico regionale riunitosi il 19/09/2023. Con Decreto Dirigenziale del Ministero della salute del 11/10/2023 n. MDS-DGPROGS-241-11/10/2023, tale intervento è stato ammesso a finanziamento, entro le tempistiche previste dagli obiettivi.

Accordo di Programma VI fase. La Giunta Regionale con Delibera n. 630 del 26/04/2023 recante l'“Approvazione degli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 L. N. 67/88 - VI fase” ha previsto il finanziamento di interventi strutturali impiantistici e piani di fornitura relativi ad acquisizioni di tecnologie biomediche.

Indicatori e target:

- Predisposizione degli Studi di Fattibilità (SdF) e predisposizione schede relativamente alle acquisizioni delle tecnologie biomediche entro luglio 2023 al fine della definizione del documento programmatico relativo all'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari. Target: 100%.

Rendicontazione obiettivo. In riferimento all'intervento RER APE 18 relativamente al Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica da finanziarsi con Accordo di Programma VI fase art. 20 L. 67/88, con nota prot. 0022860 del 05/07/2024 è stata trasmessa la Documentazione Progettuale dell'Intervento. Successivamente con Delibera 157 del 27/07/2023 è stato approvato il piano di fornitura. Risultato: 100%.

Obiettivo 4.8.3 Interventi già ammessi al finanziamento

Le Aziende dovranno completare o fornire adeguata motivazione sottoscritta dal RUP e dal Direttore Generale del mancato completamento di tutti gli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016, nonché adoperarsi per presentare le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

Si sottolinea che eventuali ritardi nella progettazione / esecuzione rispetto la programmazione degli interventi sono oggetto di controllo del Corte dei Conti.

Indicatori e target:

- Completamento interventi /piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016, entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) per l'anno 2023. Eventuali ritardi dovranno essere motivati con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale. Target: 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso). Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Risultati 2023

Tutti gli interventi ammessi a finanziamento, relativi ad Accordi di Programma (ex art. 20 Legge 67/1988), sottoscritti precedentemente al 2016, sono stati conclusi ed attivati e sono state trasmesse il 100% delle richieste di liquidazione.

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

L'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza COVID-19, richiedendo alle Regioni la predisposizione di appositi Piani in cui fossero descritti gli interventi previsti per:

- il potenziamento delle Terapie Intensive (TI), con la realizzazione di 197 Posti Letto (PL) aggiuntivi rispetto alla dotazione regionale;
- la realizzazione di 312 PL di Terapia Semi Intensiva (TSI), in sostituzione di altrettanti PL di degenza ordinaria;
- l'adeguamento funzionale dei Pronto Soccorso (PS) per separare i percorsi dei pazienti COVID e non-COVID;
- l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera", inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/07/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali. La gestione dei fondi di cui all'art.2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 è in capo alla "Unità per il Completamento della Campagna Vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia" (ex Struttura Commissariale per l'Emergenza COVID-19).

Risultati 2023

Indicatori e target

- Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale sul percorso che l'Azienda intende attuare e relativo timing delle misure necessarie all'accelerazione degli interventi, che espliciti gli impegni dell'Azienda finalizzati ad evitare ulteriori ritardi, comprese le azioni di reclamo e sollecito ai fornitori. Target: 100%.

Rendicontazione obiettivo. Gli interventi in carico all'AUSL di Imola di realizzazione delle terapie semi intensive e di adeguamento funzionale dei Pronto Soccorso (PS) non hanno presentato criticità, rispettando le date programmate di attivazione.

- Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise. Target: 100%.

Rendicontazione obiettivo. Le Unità Operative interessate dal finanziamento previsto dal DL 19 maggio 2020, n. 34 hanno proceduto attivamente nel Monitoraggio degli interventi fornendo tutte le informazioni utili alle istruttorie e rispondendo entro i termini stabiliti dalla Regione.

L'AUSL di Imola ha provveduto ad inviare il 100% della documentazione necessaria per la Rimodulazione del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale ex art. 2 DL n. 34/2020, sia per la rimodulazione R3 (autorizzata con nulla osta del Ministero della salute, agli atti con nota Prot. n. 34011 del 13/10/2022) che R4.

Si è provveduto mensilmente (target raggiunto al 100%) a compilare i prospetti di Monitoraggio DL 34/2020 del "Riscontro mensile", così come richiesto dalla Regione Emilia Romagna, al fine di dare riscontro al Ministero della Salute sull'avanzamento degli investimenti ex DL 34/2020.

Con le seguenti note sono state inviate le seguenti richieste di trasferimento:

- nota prot. n. 19181 del 17/06/2021, la richiesta trasferimento della prima quota;
- nota prot. n. 18596 del 26/05/2023, la richiesta trasferimento della seconda e terza quota.

Obiettivo 4.8.5 Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3

Le Aziende sono richiamate a seguire scrupolosamente quanto previsto dalla DGR 1980/2022 recante "Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili, urgenti e imprevedibili, aggiornamento della delibera di giunta regionale n. 1396/2021", al fine dell'assegnazione delle risorse a copertura degli interventi.

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità. Target: 100%.

L'AUSL di Imola con nota PG 33319 del 12/10/2023 ha provveduto a inviare completa documentazione, asseverante le condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità, al fine dell'assegnazione delle risorse a copertura degli interventi aziendali. Con nota della Regione Prot. 1244770.U del 15/12/2023, a seguito dell'istruttoria effettuata sulle schede intervento presentate dalle Aziende, è stato confermato l'importo richiesto di € 496.470,00.

Obiettivo 4.8.6 Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nel corso dell'anno 2023 il Soggetto Attuatore (Regione Emilia-Romagna) e i Soggetti Attuatori Esterni (Aziende sanitarie) dovranno dare seguito alle attività necessarie per rispettare le condizionalità documentali e temporali previste dal PNRR Missione Salute, con particolare riferimento alla progettazione e validazione e all'avvio dei lavori degli investimenti previsti dalla Misura 6 Component 1 (1.1 Case della Comunità – 1.3 Ospedali di Comunità).

Risultati 2023

Indicatori e target

- Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo; target si/no.

Rendicontazione obiettivo. L'AUSL di Imola ha effettuato tutte le misure/attività necessarie che hanno permesso di rispettare le condizionalità documentali e temporali previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, con le modalità di seguito specificate:

- Per l'intervento "Centrale Operativa Territoriale di Imola - manutenzione straordinaria - H27H22000750006", la milestone "Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali" da raggiungere entro T2 2023 (30/06/2023). I lavori sono stati eseguiti mediante l'Accordo Quadro "Lavori da eseguirsi su immobili in uso a qualsiasi titolo all'Azienda UsI di Imola" – CIG 85667967B2 - aggiudicato dall'AUSL di Imola con Determinazione dell'U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche n. 288 del 10/05/2021. La Stipula del Contratto attuativo è avvenuta in data 29/03/2023 – Ordine di Lavoro 04/2023 del suddetto accordo quadro, agli atti con PG 11999 del 30/03/2023, quindi entro le tempistiche previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo.
- Per l'intervento "Casa della Comunità di Imola - ristrutturazione - II stralcio - H27H22000740006":
 - La milestone "Approvazione del progetto idoneo per l'indizione della gara per realizzare la delle Case della Comunità" da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023). Il Progetto da porre a base di gara, il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE), è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 68 del 15/03/2023;
 - La milestone "Assegnazione codici CIG", da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023), è stata soddisfatta con l'acquisizione di CIG dall'anno 2022;
 - La milestone "Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità" da raggiungere entro T3 2023 (30/09/2023). Il Contratto Specifico firmato è agli atti con nota Prot. 22535 del 03/07/2023.
- Per l'intervento "Casa della Comunità di Medicina - manutenzione straordinaria - H77H22000100006":
 - La milestone "Approvazione del progetto idoneo per l'indizione della gara per realizzare la delle Case della Comunità" da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023). Il Progetto da porre a base di gara, il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE), è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 70 del 15/03/2023;
 - La milestone "Assegnazione codici CIG", da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023), è stata soddisfatta con l'acquisizione di CIG dall'anno 2022;
 - La milestone "Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità" da raggiungere entro T3 2023 (30/09/2023). Il Contratto Specifico firmato è agli atti con nota Prot. 22536 del 03/07/2023.
- Per l'intervento "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria - H87H22000200006":
 - La milestone "Approvazione del progetto idoneo per l'indizione della gara per realizzare la delle Case della Comunità" da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023). Il Progetto Esecutivo da porre a base di gara è stato approvato con Determina del Direttore della U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche n. 127 del 15/02/2023;
 - La milestone "Assegnazione codici CIG", da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023), è stata soddisfatta con l'acquisizione di CIG dall'anno 2022;
 - La milestone "Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità" da raggiungere entro T3 2023 (30/09/2023). I lavori sono stati eseguiti mediante l'Accordo Quadro aziendale affidato

con Determinazione dell'U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche n. 288 del 10/05/2021. La stipula del Contratto attuativo è avvenuta in data 30/03/2023 – Ordine di Lavoro 05/2023 del suddetto accordo quadro, agli atti con PG 12149 del 30/03/2023.

- Per l'intervento "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria - H87H22000190006":
 - La milestone "Approvazione del progetto idoneo per l'indizione della gara per realizzare la delle Case della Comunità" da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023). Il Progetto da porre a base di gara, il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE), è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 69 del 15/03/2023;
 - La milestone "Assegnazione codici CIG", da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023), è stata soddisfatta con l'acquisizione di CIG dall'anno 2022;
 - La milestone "Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità" da raggiungere entro T3 2023 (30/09/2023). Il Contratto Specifico firmato è agli atti con nota Prot. 22534 del 03/07/2023.
- Per l'intervento "Lavori di miglioramento sismico ospedale di Imola, primo stralcio - H22C22000050001":
 - La milestone "Pubblicazione di gare di appalto o accordi quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN" da raggiungere entro T1 2023 (31/03/2023). Il Provvedimento di aggiudicazione dell'Accordo Quadro Lavori di INVITALIA è del 10/11/2022
 - La milestone "Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN", era da raggiungere entro T3 2023 (30/09/2023). Il Contratto Specifico firmato è agli atti con nota Prot. 26600 del 07/08/2023.
 - La milestone "Avvio dei Lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN", da raggiungere entro T4 2023 (31/12/2023). L'avvio dei lavori è avvenuto in data 27/11/2023, come da relativo Verbale di consegna Lavori, agli atti con PG 38497 del 27/11/2023.
- PNRR – Rinnovo tecnologico. Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Target 100% (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024).

Rendicontazione obiettivo. Nel corso del 2023, l'AUSL di Imola ha garantito tutte le scadenze documentali (REGIS e Regionali) e il rispetto dei tempogrammi di tutti gli interventi previsti nel 2023, nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Risultato 100%.

Obiettivo 4.8.7 Iniziative per il miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie e della sosta nelle aree di pertinenza

Le Aziende sanitarie devono predisporre un progetto, approvato dal Direttore Generale, finalizzato a garantire l'accesso ai malati oncologici durante i giorni di terapia o di visita, nonché ai pazienti che presentano limitazioni temporanee o permanenti delle capacità motorie, alle donne in stato di gravidanza e alle neomamme, in attuazione della Risoluzione dell'Assemblea Regionale n. 2464 del 29 maggio 2019 e

della Circolare n. 9 del 23/09/2019 – PG/2019/16091. Inoltre, la Circolare prevede l'aggiornamento della situazione relativa ai parcheggi presenti nelle pertinenze degli ospedali con cadenza annuale e la partecipazione attiva dei Mobility Manager (MM) aziendali al monitoraggio regionale sullo stato di avanzamento dei progetti. I criteri guida principali per la predisposizione del Progetto sono:

- garantire l'accesso alla struttura sanitaria e la sosta gratuita agli pazienti/utenti sopra richiamati in una logica di promozione dell'autonomia delle persone più deboli;
- gestire l'accesso e la sosta dei dipendenti nel più ampio contesto delle azioni per la mobilità sostenibile che ogni Azienda sanitaria deve attivare allo scopo di favorire l'attività fisica e l'uso di mezzi ad impatto ambientale ridotto (es. bicicletta, trasporto pubblico).

Indicatori e target:

- Predisposizione del progetto di accesso e sosta presso le strutture sanitarie; target: 100%.
- Partecipazione attiva al monitoraggio dei progetti, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste; target: 100%.

Risultati 2023

Il progetto è stato approvato dal Direttore Generale con nota prot. 36457 del 09/11/2023 inviata alla Direzione generale Regione Emilia Romagna Cura della Persona, Salute e Welfare. Il progetto, brevemente, prevede la creazione di un'area di sosta e parcheggio, con comando a sbarra con le caratteristiche richieste nella zona di accesso dell'ospedale. Il comando di apertura sbarre sarà attivato con un codice rilasciato dall'ambulatorio che ha in carico l'assistito. Il progetto "Circolare 9" che per l'avviamento prevede un finanziamento totale non a carico di fondi Aziendali, viene verificato periodicamente se in grado di partire con idonei stanziamenti. L'aggiornamento della dotazione di posti auto (aziendali, di privati, di emergenza, di dipendenti ...) avviene da parte del Mobility Manager trimestralmente tramite un portale gestito dall'area mobilità della Regione. Gli uffici regionali tramite verifiche da remoto e dirette con riunioni, monitora lo stato di avanzamento dei progetti e degli obblighi derivanti dai sistemi informativi in tema di mobilità complessiva. L'accesso e la sosta delle auto dei dipendenti sono stati regolamentati all'interno dell'Ospedale Vecchio tramite rilascio di permesso solo a coloro che utilizzano l'auto privata giornalmente per servizio, al fine di disincentivare un uso della propria vettura con parcheggi più lontani dal luogo di lavoro, e dunque promuovere l'utilizzo di mezzi pubblici, anche con progetti di abbonamenti agevolati.

Obiettivo 4.8.8 Tecnologie biomediche

Nel 2023 si richiede di dare continuità agli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n. 34 del 19 maggio 2020 con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive e l'adeguamento delle strutture di pronto soccorso con una spesa prevista per tecnologie biomediche.

Nel 2023 si deve dare seguito alle azioni previste per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): sono previste azioni per il rinnovo tecnologico delle grandi apparecchiature di diagnostica e per lo sviluppo della telemedicina, sia domiciliare che di prossimità presso le Case della Salute, i MMG e i PLS. P

Per il 2023 è stato previsto l'avanzamento e la chiusura degli interventi dell'Accordo di Programma V fase I stralcio statali di cui all'art. 20 L.67/88: gli interventi dedicati alle tecnologie biomediche sono 11, per la

maggior parte dedicati al rinnovo tecnologico (sostituzione di tecnologie obsolete), ma anche al potenziamento e alle tecnologie innovative. Si richiede, inoltre, la formalizzazione del Documento Programmatico con la sottoscrizione dell'Accordi di Programma (e delle relative schede specifiche) per gli interventi previsti nella VI fase, all'art. 20 L.67/88. Gli interventi dedicati al rinnovo delle tecnologie, prioritariamente in ambito chirurgico e specialistica ambulatoriale, sono 13 e coinvolgono tutte le Aziende Sanitarie regionali.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche Contabile (GAAC), proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB-RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo al quale partecipano tutte le Aziende del SSR, e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Sul versante dei flussi informativi, continuerà il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate previsto dal DM del 22 aprile 2014, con la pubblicazione e il monitoraggio del livello qualitativo delle registrazioni delle Strutture Pubbliche e il controllo e sollecito delle registrazioni da parte delle Strutture Private. Si provvederà, inoltre, all'elaborazione dei report relativi all'Osservatorio Tecnologie del Servizio Sanitario Regionale, con la sperimentazione di nuove forme di reportistica per favorire la tempestività e fruibilità delle informazioni.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), prosegue nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica. Si richiede pertanto un'azione di controllo del rispetto delle istruttorie, in particolare per quanto riguarda le dismissioni all'atto della messa in servizio delle nuove apparecchiature richieste per sostituzione.

Risultati 2023

Indicatori e target

- PNRR – Rinnovo tecnologico. Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Target 100% (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024).

Nel corso del 2023 l'AUSL di Imola ha garantito tutte le scadenze documentali (REGIS e Regionali) e il rispetto dei tempogrammi di tutti gli interventi previsti nel 2023, nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Risultato 100%.

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

Nessuna acquisizione di nuova tecnologia ha richiesto istruttoria nel corso del 2023.

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

L'AUSL di Imola ha garantito la corretta registrazione NSIS delle grandi apparecchiature parte delle strutture private di afferenza. Risultato 100%.

Obiettivo 4.8.11 Sistema informativo

Il sistema informativo sanitario regionale si sta ampliando sempre di più verso nuove e molteplici esigenze tramite la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario e di mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti. Nel 2023 è stata avviata la predisposizione/revisione delle specifiche funzionali e tracciati per i nuovi flussi informativi della riabilitazione territoriale (FAR disabili e riabilitazione), degli Ospedali di comunità e dei Consultori familiari previsti dal PNRR. Particolare attenzione viene data al flusso DBO, di cui verrà valutata la copertura rispetto al flusso ASA per i trattamenti in regime ambulatoriale e la completezza delle informazioni raccolte riguardanti i test genomici ormonoresponsivi per tumore alla mammella effettuati in Regione Emilia-Romagna per la rendicontazione ministeriale.

Il flusso ADI è stato revisionato in linea con le indicazioni nazionali relative al nuovo decreto ministeriale che aggiunge al flusso nazionale le informazioni relative alle cure palliative domiciliari. Inoltre, nel 2023, il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, è evoluto per allargare ulteriormente il perimetro di monitoraggio ad altre aree di interesse, mediante la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, ivi inclusi i moduli di dettaglio per permettere alle Aziende il download dei dati di propria competenza.

Costituisce obiettivo prioritario per le Aziende sanitarie il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale. In particolare, l'attenzione viene posta sui flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto:

- questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
- Il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Risultati 2023

Indicatori e target

Tempestività nell'invio dei dati:

- Indicatori di valutazione: flussi SDO (Target: >88%), ASA no DSA (Target: >95%), FED (esclusa DPC) (Target: >85%), FED (solo DPC) (Target: >95%), PS (Target: >95%), DiMe (Target: >90%), AFO (Target: >85%), FAR (Target: >85%).
- Indicatori di osservazione: flussi AFT, ADI, DSA in ASA, FAR, SIRCO, SICO, AS, IVG.

| Indicatore | Val. rif. | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|---|------------------|-------------|---------------|-----------------|
| IND530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO | >85% | 96,94% | 96,21% | 93,17% |
| IND531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA | >95% | 73,79% | 74,65% | 88,10% |
| IND532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC | >85% | 82,11% | 86,83% | 96,71% |
| IND533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe | >90% | 96,62% | 92,21% | 91,12% |

| | | | | |
|---|----------------|--------|---------------|---------------|
| IND534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS | >90% | 100% | 98,54% | 99,01% |
| IND535 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ADI | IND OSS | 94,76% | 63,34% | 77,21% |
| IND937 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SICO, prest individuali | IND OSS | 100% | 100% | 94,75% |
| IND938 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IG, tabella AS | IND OSS | 100% | 82,35% | 60,30% |
| IND939 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IG, tabella IVG | IND OSS | 100% | 68,92% | 57,55% |
| IND945 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SICO, prest di gruppo | IND OSS | 100% | 100% | 82,21% |
| IND538 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SIRCO | IND OSS | 100% | 98,14% | 97,25% |
| IND892 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC | >95% | 99,53% | 99,36% | 95,84% |
| IND893 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO | >85% | 99,48% | 99,48% | 97,17% |
| IND894 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFT | IND OSS | 99,70% | 99,78% | 99,86% |
| ND0895 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - ASA modalità di accesso DSA | >65% | 94,16% | 89,96% | 59,15% |
| IND624 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FAR | >85% | 99,78% | 99,79% | 95,86% |

Aggiornamento dei dati:

- Indicatori di osservazione: SDO, PS, ASA no DSA, AFT, FED (esclusa DPC), FED (inclusa DPC), DiMe, AFO.

| Indicatore | Val. rif. | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|---|------------------|-------------|---------------|-----------------|
| IND625 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso SDO | IND OSS | 10,65% | 11,36% | 15,47% |
| IND629 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso PS | IND OSS | 0% | 0% | 4,09% |
| IND626 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso ASA, esclusi i DSA | IND OSS | 0,71% | 1,27% | 4,34% |
| IND627 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, esclusa DPC | IND OSS | 3,54% | 2,29% | 3,35% |
| IND628 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso DiMe | IND OSS | 6,74% | 3,41% | 2,73% |
| IND896 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, focus DPC | IND OSS | 0,0% | 0,01% | 0,08% |
| IND897 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFO | IND OSS | 3,54% | 2,29% | 5,39% |
| IND898 Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFT | IND OSS | 0,16% | 0,23% | 0,60% |

Flusso informativo SDO

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

- Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66 - Target 100%.
- Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione - Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018) (OSSERVAZIONE).
- % di ricoveri per i nati in struttura con mancata compilazione del campo del CF - Target <20% (OSSERVAZIONE).

| Indicatore | Val. rif. | 2022 | 2023 | RER 2023 |
|--|------------------|-------------|---------------|-----------------|
| IND790 - % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile) | 0,0% | 8,05% | 4,17% | 0,39% |
| IND791 - % procedure 00.66 erogate nei centri di emodinamica e tracciate in SDO attraverso il service o trasferimenti | 100% | 98,66% | 98,61% | 99,95% |
| IND792 - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione | < 5% | 2,96% | 3,32% | 4,48% |
| IND909 Flusso SDO - % di ricoveri per i nati in struttura con mancata compilazione del campo del CF | <25% | 1,47% | 0,42% | 0,81% |

Flussi AFT, FED (DPC)

- Flussi AFT e FED (DPC) - presenza di erogazioni di farmaci duplicate nei due Flussi (OSSERVAZIONE).
Valore di riferimento: =%.

(**IND951**) Flussi AFT e FED (DPC) - presenza di erogazioni di farmaci duplicate nei due Flussi.

Nel 2023, l'AUSL di Imola mostra una percentuale pari a 0,09% vs un dato medio RER di 0,05%.

Flussi FED, AFO, DiMe

- Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate - Target 100%.

Tutti i flussi sono stati inviati entro le scadenze fissate dalla Regione con rispetto della tempestività dei dati. Si evidenzia tuttavia la criticità del DSM in quanto l'applicativo "CURE" non è ancora integrato con l'applicativo GAAC e quindi i dati vengono elaborati sulla base di viste non del tutto complete sotto il profilo dell'integrazione. Il problema è stato segnalato alla cabina di regia GAAC e alla referente RER del flusso AFO/FED.

Flussi AS e IVG

- Flusso IG, tabella AS - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (OSSERVAZIONE).
- Flusso IG, tabella IVG - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (OSSERVAZIONE).

(**IND949**) Flusso IG, tabella AS - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO. Valore di riferimento: >=95% (ISTAT).

L'AUSL di Imola nel 2023 rileva una completezza pari al 99,08% vs 100% nel 2022. Il valore regionale 2023 risulta del 100%.

(**IND950**) Flusso IG, tabella IVG - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO. Valore di riferimento: >=95% (ISTAT).

I dati IVG vengono inseriti periodicamente sulla base delle schede ricevute dalla Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia, rispettando le scadenze previste. Viene anche eseguita una verifica di congruità e completezza rispetto al flusso SDO. La completezza per l'AUSL di Imola risulta pari al 100%, come il valore medio regionale.

Flusso DBO

- Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende). Target 85%.

(IND1005) Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende).

Per l'AUSL di Imola non risulta garantita la copertura del flusso DBO rispetto al flusso ASA. L'Azienda sta operando per garantire le misure tecniche ed organizzative per l'adeguata alimentazione del flusso DBO.

Flusso PS

- Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS (osservazione) – Target < 1%.
- % di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" (osservazione) – Target: in diminuzione rispetto al 2022.

(IND941) Flusso PS - % Utilizzo delle vecchie diagnosi di COVID per gli accessi in PS. Valore riferimento: <1%.

L'Azienda nel 2023 presenta una percentuale pari a 62,24% vs una media regionale del 4,61%. L'Azienda sta operando per mettere in atto le condizioni tecniche ed organizzative al fine di migliorare l'esito dell'indicatore.

(IND942) Flusso PS - % Utilizzo del problema principale 'PROBLEMA NON NOTO' sul totale degli accessi dell'aggregazione 'Disturbi generali e problemi minori'.

L'Azienda nel 2022 presentava un valore pari a 1,98% vs il 2023 pari a 13,92%, in aumento rispetto all'anno precedente e in controtendenza rispetto al target regionale. Nel 2023 il valore medio regionale è pari a 7,61%.

Flusso ADI

- % TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo (come da reportistica predefinita) (osservazione).

(IND943) Flusso ADI - % TAD aperte e chiuse entro il giorno successivo. Target: <5%.

L'AUSL di Imola nel 2023 presenta un 5,32% vs un dato RER di 19,16%.

Flusso CEDAP

- Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA) - Target: 98,5%.

(IND944) Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA).

L'Azienda nel 2023 risulta al 100% come nel 2022 e 2021. Nel 2023 il dato RER è pari al 99,72%.

Flusso ASA e Ricette dematerializzate

- Numero di prestazioni di specialistica prescritte con ricetta dematerializzata con stato "chiuso" riscontrato sul SAR/SAC sul numero di prestazioni di specialistica "dematerializzate" erogate e rendicontate nel flusso ASA. Target: 95%.

(IND936) Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA. Target: $\geq 95\%$.

Nel 2023, l'AUSL di Imola registra una percentuale pari al 85,77%. Il dato medio regionale risulta pari a 87,58%. Il dato aziendale risente dell'avvio ritardato del ritorno erogato da parte delle strutture accreditate avvenuta in corso d'anno e di alcune anomalie relativa all'integrazione tra i dipartimentali e ISESWEB che invia i messaggi di chiusura della DEMA.

9.5 INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

Gli ambiti prioritari di attività che hanno richiesto un impegno specifico nel 2023 sono:

- il sistema della ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale,
- la partecipazione ai progetti di promozione dell'innovazione nei servizi sanitari e sociali,
- la partecipazione alle attività previste per la definizione del modello organizzativo e lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale,
- il contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza,
- la Sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario,
- lo sviluppo e miglioramento della qualità delle cure,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- il supporto alla formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

OBIETTIVO 5.1 Sistema ricerca e innovazione regionale

In ottemperanza alla DGR 910/2019, le Aziende Sanitarie sono chiamate a collaborare alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

- supporto alle attività dei tre Comitati Etici di Area Vasta, con particolare attenzione alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER da parte delle segreterie locali e degli uffici ricerca delle Aziende sanitarie ed al supporto ai ricercatori da parte delle figure di amministrazione di sistema e data manager individuati a livello aziendale,
- partecipazione al Gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca per collaborare alla definizione di progetti formativi sul tema della ricerca sanitaria.

Risultati 2023

Indicatori e target:

- Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico: N° studi con parere espresso/N° studi con fattibilità chiusa. Valori mancanti < 10%.

Indicatore non applicabile poiché l'AUSL di Imola non è sede di segreteria di CE, condividendo la segreteria di riferimento con AUSL di Bologna).

L'AUSL di Imola ha garantito l'implementazione della piattaforma SIRER da parte dei PI aziendali per la gestione delle richieste di parere al CE.

- Partecipazione al Gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca. Target: > 2.

L'AUSL di Imola ha garantito la presenza di un referente agli incontri del Gruppo regionale delle Infrastrutture Ricerca (21/03/2023, 04/07/2023, 28/07/2023, 20/12/2023); a causa di ulteriori riunioni concomitanti non è stato possibile partecipare agli incontri nelle seguenti giornate: 07/06/2023, 24/11/2023, 21/12/2023.

OBIETTIVO 5.2 Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

Le disuguaglianze sociali sono uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche e il loro contrasto rappresenta una riserva di potenziale guadagno in salute a livello di popolazione. Le strategie di equità seguono un approccio strutturale ed intersezionale nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociosanitari, prevedendo:

- l'approfondimento del legame tra vulnerabilità sociali e fragilità cliniche, analizzando i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni;
- la promozione di politiche intersettoriali e approcci intersezionali, mirati a favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità;
- il sostegno a politiche di intervento coerenti a tutti i livelli del sistema;
- l'applicazione di un principio di universalismo proporzionale (offerta uguale per tutti, accompagnata da una redistribuzione di risorse in base a determinati bisogni rilevati).

A livello regionale, la riduzione delle disuguaglianze è un asse centrale del vigente Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 e del nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025), che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono. Resta inoltre attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere e alla diffusione del diversity management.

Risultati 2023

Indicatori e target:

- Proseguire le procedure di equity assessment in riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione. Target: Sì.
- Collaborare alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie. Target: Sì.

Nel 2023 sono proseguite le attività trasversali volte ad implementare progetti di equità, medicina di genere, diversity management ed health literacy. Le referenti Equità hanno garantito la partecipazione a tutti gli incontri regionali dei coordinamenti Equità, Diversity Management (DM) ed Health literacy e del gruppo regionale DM è entrato a far parte anche il Presidente Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'Azienda sanitaria. Tra le attività *equity oriented* più rilevanti del 2023, il processo di Health Equity Audit (avviato a fine 2022 con un primo incontro formativo regionale), che l'AUSL di Imola ha sviluppato nell'ambito dello screening colon retto, dapprima con l'obiettivo di individuare barriere all'adesione al secondo livello e in seguito, alla luce delle evidenze emerse nel corso del processo, ampliando l'analisi anche all'adesione al primo livello.

Il gruppo aziendale multidisciplinare HEA Colon Retto, si è incontrato 4 volte nel corso del 2023 (7 dall'avvio del processo) ed ha analizzato i dati di aderenti/non aderenti al primo e secondo livello per alcune variabili significative quali sesso, età, provenienza geografica, concentrandosi in particolare su quest'ultima variabile. I dati e la letteratura raccolti confermano che potrebbero essere intraprese utili azioni di abbattimento delle barriere all'adesione sul target di popolazione rumena, la maggiormente rappresentata sul territorio, che appare avere tassi di adesioni proporzionalmente minori ad altri target analizzati.

Si è proceduto quindi ad alcune azioni di miglioramento della comunicazione, con revisione delle pagine aziendali del sito, traduzione delle lettere di invito nelle lingue maggiormente rappresentate e alla definizione di un breve questionario da somministrare al target individuato per meglio individuare le barriere all'adesione. Il processo continuerà nel 2024 con la realizzazione di iniziative di miglioramento basate sulle ulteriori valutazioni emerse dall'approfondimento. Nel 2023 si è avviata, inoltre, una sperimentazione di comunicazione alternativa aumentata che ha coinvolto lo staff comunicazione, le referenti equità e il servizio di neuropsichiatria infanzia adolescenza e centro di salute mentale.

La referente Diversity Management e il Presidente del CUG di Imola hanno partecipato ai lavori del gruppo regionale per la predisposizione della mappatura regionale delle prassi di diversity management nell'organizzazione, che ha definito una scheda on line compilabile nonché la necessità di procedere ad una formazione ad hoc di un gruppo aziendale individuato con nota della direzione generale, che nel 2024 procederà nell'impegno, con il coordinamento regionale.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità nell'ambito delle politiche di prossimità e territorializzazione

Il metodo Community Lab rappresenta una delle principali metodologie da poter utilizzare nelle situazioni in cui il sistema dei servizi sanitari e sociali, necessita di innovare i propri indirizzi, programmi, processi e pratiche di lavoro attraverso il coinvolgimento degli attori sociali ed organizzativi che fanno parte o potrebbero fare parte di tali indirizzi, programmi e processi. Nel 2023, si prevede di rafforzare il rapporto tra servizi territoriali e comunità in una prospettiva di sviluppo di empowerment, con particolare in riferimento alla trasformazione delle Case della Salute in Case della Comunità, così come previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 2221/2022.

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Partecipazione al percorso regionale di formazione intervento sul tema "Progettazione case della comunità e partecipazione". Target: ≥ 2 Case della Salute/Comunità.

Rispetto a questo obiettivo si rinvia alla nota a firma del Direttore Sanitario (prot. 35169 del 27 ottobre 2023) inviata alla Regione (Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali e Settore Assistenza Territoriale – Casa Community Lab) ad oggetto "Risposta a: Prima edizione percorso formativo regionale Casa Community Lab (2023-2024) - Prot. 96245", nella quale vengono indicati i nominativi dei professionisti che parteciperanno al percorso formativo regionale Casa Community Lab e che afferiscono alle due Case della Comunità di CSPT e Medicina e alla CdC di Borgo.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

Nell'ambito della promozione e rafforzamento dei presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale, le azioni da sviluppare mirano all'attivazione di sperimentazioni territoriali con il metodo dell'approccio dialogico, orientato al dialogo di rete per tutti i settori e tutti i professionisti e le professioniste.

Risultati 2023

Indicator e target:

- Partecipazione, in raccordo con gli enti locali al percorso formativo sull'approccio dialogico. Target: sì.

In riferimento a questo percorso formativo regionale risultano aver partecipato tre dipendenti aziendali: un Assistente Sanitario e un Dirigente medico-psichiatria al modulo "APPROCCIO DIALOGICO - strumenti per praticare l'integrazione nel sistema dei servizi - MODULO 2 PER FACILITATORI E SUPERVISOR 1 e un Dirigente Sociologo al modulo "APPROCCIO DIALOGICO - strumenti per praticare l'integrazione nel sistema dei servizi MODULO 2 - GOVERNANCE 1".

Progetto regionale Telemedicina

Nel 2023, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto gli atti per la definizione del fabbisogno operativo di telemedicina e per la definizione del modello organizzativo di telemedicina, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C1 I 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Nel 2023, è stata rinnovata la composizione del gruppo regionale di telemedicina, costituito da rappresentanti regionali ed aziendali degli ambiti relativi all'assistenza territoriale, ospedaliera e dell'area tecnico-informatica, al fine di favorire in modo omogeneo e condiviso, lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale. Sono stati anche avviati tavoli tecnici con i professionisti aziendali finalizzati alla pianificazione e sviluppo della futura piattaforma regionale di telemedicina e condotta una survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate a livello locale.

Risultati 2023

Indicatori e target:

- Assicurare la partecipazione al gruppo di lavoro regionale di telemedicina e ai gruppi tecnici di professionisti che verranno costituiti su tematiche specifiche. Target: ≥ 2 incontri.
- Assicurare la partecipazione alla survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate, a livello locale. Target: Sì.

L'AUSL di Imola ha garantito la partecipazione di un professionista del Servizio informatico aziendale che unitamente alla Direzione di Presidio hanno risposto al livello regionale in ordine al questionario di indagine sui servizi di Telemedicina attivi a livello aziendale.

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Regione, poi riprese da progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 e nell'ambito del recepimento a livello regionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza 2017-2020 (DGR 1021/2018) e della sua proroga. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobicoresistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati per tutte le Regioni attraverso indicatori e relativi valori attesi.

È stato inoltre recepito a livello regionale il nuovo "**Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**" (DGR 540/2023). Gli elementi prioritari sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e sociosanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (Guidelines on core components of IPC programmes) attraverso l'utilizzo di IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte, è stato definito a livello regionale un indicatore combinato che consente di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, sarà calcolato sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti: (1) SICHER (% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza: $\geq 75\%$ di interventi sorvegliati); (2) Igiene mani rilevata attraverso l'applicazione MAppER: ≥ 90 osservazioni per 10.000 giornate di degenza; (3) Consumo di soluzione idroalcolica: ≥ 25 litri per 1000 giornate di degenza; (4) IPCAF ≥ 600 punti/azienda.

Risultati 2023

Indicatori e target

Ospedali per acuti

Punteggio dell'indicatore combinato su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Target: > 15 punti.

- (**IND1026**) Indicatore combinato su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Valore di riferimento: ≥ 15 .

L'AUSL di Imola risulta con un punteggio pari a 19 punti, nel rispetto del target assegnato.

Si riportano di seguito i singoli indicatori monitorati su SIVER (DRG programmazione e finanziamento – Edizione 2024), nell'ambito del sottocapitolo "Sicurezza delle Cure".

- (**IND0742**) Copertura SICHER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza e Partecipazione alla revisione dei casi di infezioni probabili. Valore di riferimento $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura 2023 pari a 82%. La % media RER risulta pari a 78%.

- (**IND737**) Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza. Valore di riferimento: 30 litri per 1.000 giornate di degenza (RER).

L'Azienda rileva un consumo pari a 29 litri per 1.000 giornate di degenza. Il consumo regionale risulta di 30 litri per 1.000 giornate di degenza.

- (**IND1024**) Punteggio framework IPCAF. Valore di riferimento: ≥ 600 .

Il Framework per la valutazione della prevenzione e controllo delle infezioni (*Infection Prevention and Control Assessment Framework - IPCAF*) è uno strumento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità disegnato per guidare l'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*). Lo strumento consente di valutare il programma e le attività di prevenzione e controllo delle infezioni in ospedale.

L'AUSL di Imola registra un punteggio di 745. Punteggio IPCAF (fonte: piattaforma PRCAR): Punteggio Finale Totale: = 745/800 (Livello IPC Raggiunto: = Avanzato).

- **(IND1025)** Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza. Valore di riferimento ≥ 90 .

Le attività mirate a promuovere la corretta adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari vengono monitorate anche attraverso l'osservazione dell'igiene delle mani nei 5 momenti dell'assistenza. Il rapporto viene calcolato con il Numero opportunità osservate in ambito ospedaliero in un anno sul Numero di giornate di degenza in regime ordinario. L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 271. Il valore RER risulta pari a 200.

Strutture sociosanitarie

- % di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture sociosanitarie accreditate invitate. Target: $\geq 70\%$.

Le 10 CRA del territorio aziendale sono state invitate a partecipare al monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani relativo all'anno 2023 (rif. prot. 9866/2024 "Sorveglianza consumi di soluzione idroalcolica (CSIA) e framework sull'igiene delle mani nelle CRA accreditate – anno 2023").

Fino al 2022 compreso, tutte le 10 CRA hanno partecipato alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici. In riferimento ai dati 2023, in base alle indicazioni regionali, ad oggi è ancora in corso la rilevazione.

OBIETTIVO 5.3: Sicurezza delle cure

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. La Regione da anni è impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Il DM 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" prevede la presenza nelle aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate di un Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, un Piano annuale delle emergenze sanitarie e un Piano annuale per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Per rispondere ai requisiti previsti dalla normativa, nel 2023 sono state elaborate le nuove "Linee indirizzo per elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", diffuse con nota regionale (Prot. 18/04/2023.0376598.U) che le aziende sanitarie e le strutture private accreditate dovranno fare riferimento.

Proseguono le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della checklist SOS-Net per tutte le procedure chirurgiche e della check-list-TC per le procedure di taglio cesareo. Inoltre, al fine di intervenire su eventuali criticità che possono emergere dai risultati delle osservazioni dirette in sala

operatoria (programma regionale OssERvare) si chiede la realizzazione di un Piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia.

Per promuovere la sicurezza delle cure in ambito territoriale e nei processi di continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio si richiede di estendere le Visite per la sicurezza (progetto regionale VISITARE) all'ambito territoriale. Nel 2023 è stata implementata nelle Aziende sanitarie la nuova piattaforma regionale "SegnalER" per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini e dei sinistri, al fine di integrare le diverse fonti informative relative alla sicurezza delle cure, segnalazioni dei cittadini e gestione dei sinistri.

Risultati 2023

Indicatori e target:

- Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DM 19/12/2022. Target: Sì.

L'AUSL di Imola ha aggiornato e formalizzato il proprio PPSC per l'anno 2023 (rif. Deliberazione n. 133 del 26/06/2023 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2023 – Approvazione").

- Realizzazione di un piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette effettuate in almeno 3 blocchi operatori mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare". Piano miglioramento: Sì. Osservazioni: ≥ 30 osservazioni/aa.

Obiettivo già rendicontato alla Regione con prot. 3214 del 31/01/2024 "Risposta a: Verifica obiettivi DGR 1237/2023 - Progetti miglioramento sicurezza in chirurgia - Prot. 88870".

- Effettuazione della check list di sala operatoria: a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo. Target: a) $\geq 90\%$ e b) $\geq 80\%$.

I dati 2023 disponibili sulla piattaforma SIVER rilevano il seguente monitoraggio:

- (**IND722**) Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO. Valore di riferimento: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola presenta una corrispondenza del 91,83%. Il valore regionale risulta del 94,24%.

- (**IND910**) Flusso SSCL - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure taglio cesareo. Valore di riferimento: 80%.

L'Azienda mostra una corrispondenza del 92,19%. Il valore regionale risulta del 90,99%.

- Svolgimento e rendicontazione di Visite per la sicurezza effettuate in ambito territoriale (es. Case della Comunità, OSCO, CRA, ecc.) ≥ 2 visite/anno.

Obiettivo già rendicontato alla Regione con prot. 2950 del 29/01/2024 "Risposta a: Verifica effettuazione Visite per la sicurezza - DGR 1237/2023 - Prot. 13422".

- Partecipazione all'implementazione della piattaforma regionale "SegnalER".

Nel corso del 2023 sono state realizzate tutte le attività propedeutiche all'avvio della nuova piattaforma regionale SegnalER, che è stata formalmente avviata dal 01/09/2023 (rif. prot. 26144/2023).

Le Unità Operative hanno garantito l'implementazione del nuovo gestionale, compatibilmente con le inevitabili difficoltà legate all'utilizzo della nuova piattaforma.

La rendicontazione aziendale sulle segnalazioni di eventi occorsi nel 2023 e registrati su SegnalER è stata trasmessa con prot. 11424/2024 "Trasmissione Report aziendale SegnalER (Modulo A) – Anno 2023". È stata, inoltre, revisionata la procedura aziendale "Gestione del rischio clinico" (doc. Nr. 3490 - versione 5 del 02/02/2024), modificando il processo di gestione delle segnalazioni in seguito all'avvio di SegnalER.

OBIETTIVO 5.4: Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

Risultati 2023

Nel 2023 è proseguito l'impegno nel garantire le attività per la costante implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a:

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (circolare PG 2016_786754 23 122016).
- Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale (determinazione n. 17558 del 31/10/2018).
- Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari (determinazione n. 801/2021);
- "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

A livello regionale è stato richiesto di promuovere la diffusione delle buone pratiche e la formazione sui contenuti delle stesse da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative create dal Settore Assistenza Ospedaliera, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale "e_llaber" (<https://www.e-llaber.it/>).

Nel 2023 è stato avviato un progetto trasversale per la definizione degli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute nei setting ospedalieri e territoriali che richiede pertanto la massima partecipazione da parte dei referenti aziendali per la tematica e di tutti gli eventuali altri professionisti sanitari necessari (Medici, Infermieri, Ostetriche, Fisioterapisti, Tecnici, Assistenti sociali, Assistenti sanitari, MMG, PLS) vista la natura multifattoriale dell'evento e la necessità di trovare soluzioni appropriate per i diversi contesti di cura

Indicatori e target

- Partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati.
Target: 30%.

È stata promossa, monitorata e rendicontata la partecipazione ai corsi regionali FAD disponibili sul portale E-LLABER:

- "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale"; da quando è stata attivata (2019) la FAD è stata completata da un totale di 423 operatori sanitari, di cui 65 nel 2023.
- "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 367 operatori sanitari, di cui 184 nel 2023.
- "Linee di Indirizzo Regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale"; da quando è stata attivata (2019) la FAD è stata completata da un totale di 414 operatori sanitari, di cui 173 nel 2023.

- "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione Linee di indirizzo regionali"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 252 operatori sanitari, di cui 160 nel 2023.
- "Medicazioni avanzate"; da quando è stata attivata (2021) la FAD è stata completata da un totale di 308 operatori sanitari, di cui 186 nel 2023.

Si evidenzia la difficoltà a tenere monitorata la fruizione della formazione, vista l'assenza di un applicativo gestionale utilizzabile a tal scopo: ad oggi il gestionale regionale GRU non consente di monitorare la formazione e ogni attività di questo tipo dovrebbe essere fatta manualmente, dovendo peraltro tenere conto dell'enorme turn-over di operatori (pensionamenti ma soprattutto mobilità tra Aziende). Non è attualmente possibile tenere traccia, in maniera informatizzata e automatica, neanche dell'eventuale precedente fruizione di un corso FAD da parte dell'operatore presso l'Azienda di provenienza.

- Numero di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC). Target: ≥ 1 .

L'AUSL di Imola ha progettato e realizzato il seguente seminario di approfondimento: "Percorso di apprendimento: valutazione e categorizzazione delle LDP; valutazione delle lesioni cutanee e utilizzo delle medicazioni avanzate", evento formativo blended che prevede la fruizione delle 2 FAD regionali su e-laber e 9 ore di formazione residenziale (codice corso 6102), suddivise in 3 pomeriggi; sono state realizzate 3 edizioni, per un totale di 62 partecipanti.

OBIETTIVO 5.5: Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno svolto, negli anni 2018-2019, le attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017. Gli anni successivi sono stati caratterizzati da un diffuso rallentamento delle attività di verifica e sorveglianza, in relazione all'emergenza pandemica. Obiettivi per il 2023 sono:

- effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta a livello delle Unità Operative e dei Dipartimenti e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale;
- sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.

Risultati 2023

Indicatori e target

- Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione. Target: Sì.
- Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale. Target: Sì.

La relazione sulle attività di verifica interna SGQ svolte nel 2023 (rif. prot. 2867 del 29/01/2024 "Trasmissione Relazione annuale attività di audit aziendale – Anno 2023") è stata trasmessa all'OTA, come da indicazioni RER.

OBIETTIVO 5.6: La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione è una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità. Pertanto, deve essere assicurato il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Risultati 2023

Indicatore e target:

- Formazione erogata blended. Target: N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

È proseguito nel corso del 2023 l'impegno per consolidare, anche a seguito dell'esperienza maturata nei percorsi di implementazione della valutazione dell'efficacia della formazione realizzati, lo sviluppo di percorsi di *blended learning* che, integrando in una progettazione strutturata ed articolata tipologie di formazione diversificate, sono in grado di promuovere di più il cambiamento dei comportamenti professionali e di sostenere eventuali ricadute organizzative.

Per questo, all'interno della Procedura "Valutazione dell'efficacia della Formazione", elaborata in collaborazione con la rete dei Referenti della Formazione di Dipartimento nel corso dell'anno, tra gli obiettivi indicati è previsto sostenere la progettazione di valutazione dell'efficacia attraverso micro progettazioni di eventi compresi in un programma formativo o blended.

Nel corso del 2023 sono stati realizzati n. 22 corsi blended, articolati in complessive 34 edizioni, così come rappresentato nella tabella che segue.

Il totale dei partecipanti alle edizioni terminate sono stati complessivamente n. 650.

Bilancio di Esercizio 2023 – Relazione sulla gestione – Azienda USL Imola

| CODICE CORSO | TITOLO | N_EDIZIONI TERMINATE | N_PARTECIP_EDIZ _TERMINATE | TIPO_EVENTO |
|---------------|--|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 5699 | PERCORSO FORMATIVO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE A CUI ASSEGNARE IL RUOLO INFERMIERE DI FAMIGLIA | 2 | 33 | Residenziale + FSC |
| 6094 | ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA PATOLOGIA ICTALE IN AMBITO POST ACUTO E RIABILITATIVO | 2 | 23 | Residenziale + FSC |
| 6403 | COME AGIRE LA RELAZIONE DI CURA NEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI | 1 | 14 | Residenziale + FSC |
| 6413 | REPROCESSING BRONCOFIBROSCOPI: TRAINING DEGLI OPERATORI | 1 | 11 | Residenziale + FSC |
| 5658 | GLI STRUMENTI DEL SISTEMA QUALITÀ NELL'AUSL DI IMOLA E IL NUOVO MODELLO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE RER | 2 | 61 | Residenziale + FSC |
| 5712 | COMITATO OSPEDALE E TERRITORIO SENZA DOLORE | 1 | 57 | Residenziale + FSC |
| 5625 | PERCORSO PER L'APPRENDIMENTO DELLA TECNICA DEL PRELIEVO ARTERIOSO DALL'ARTERIA RADIALE | 2 | 36 | Residenziale + FSC |
| 5641 | GLI INCONTRI DEL COMITATO BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI (CBPA) | 1 | 63 | Residenziale + FSC |
| 6427 | LA COMPETENZA TECNICO-PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE NELLA SOSTITUZIONE DEL GASTROTUBE/SONDA LOW-PROFILE | 1 | 2 | Residenziale + FSC |
| 6426 | IMPLEMENTAZIONE NUOVO MODULO GRU DI VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL COMPARTO | 1 | 64 | Residenziale + FSC |
| 6448 | APPLICAZIONE DELLA TECNICA FMEA/FMECA PER ANALIZZARE LA PROGETTAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) DELL'AUSL DI IMOLA | 1 | 8 | Residenziale + FSC |
| 6341 | HALT 4: SORVEGLIANZA CONTINUA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELLE CRA ACCREDITATE DEL CIRCONDARIO IMOLESE | 2 | 56 | Residenziale + FSC |
| 5729 | ACCESSI VASCOLARI PICC, PORT E MIDLINE: GESTIONE E MANUTENZIONE | 2 | 19 | Residenziale + FSC |
| 5627 | L'ICCG E LA CURA DELLA RELAZIONE IN REPARTO | 3 | 40 | Residenziale + FSC |
| 6123 | ALIMENTAZIONE E DISFAGIA NELL' ANZIANO NELLE STRUTTURE | 1 | 35 | Residenziale + FSC |
| 5942 | INFECTION PREVENTION CONTROL (IPC) LINK NURSES CRA ACCREDITATE | 1 | 22 | Residenziale + FSC |
| 5953 | INTERVENTO IN EMERGENZA SUGLI IMPIANTI GAS MEDICINALI | 1 | 2 | Residenziale + FSC |
| 6180 | PERCORSO DI APPRENDIMENTO E ADDESTRAMENTO DEL PROFESSIONISTA AFFERENTE ALL'AMBULATORIO TAV | 1 | 3 | Residenziale + FSC+ FAD |
| 6410 | VENTILAZIONE ASSISTITA NON INVASIVA: GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE | 1 | 3 | Residenziale + FSC |
| 6381 | RETRAINING-INTERVENTO IN EMERGENZA SUGLI IMPIANTI GAS MEDICINALI | 2 | 7 | Residenziale + FSC |
| 6167 | FORMAZIONE PER NEO INSERITI NEL POLO ENDOSCOPICO | 2 | 22 | Residenziale + FSC |
| 5614 | CORSO BASE TUTOR DI TIROCINIO | 3 | 69 | FAD+ Residenziale |
| Totale | | 34 | 650 | |

Le pianificazioni di trasferibilità e/ o impatto organizzativo sviluppate, sono state complessivamente n. 8 e di queste n. 4 riportate in tabella che segue sono relative a 4 corsi blended (5 edizioni) riportati nella tabella precedente.

Bilancio di Esercizio 2023 – Relazione sulla gestione – Azienda USL Imola

| Processo di valutazione di impatto formazione realizzata anno 2023 | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---------------------|---------------------|---|
| DIPARTIMENTO | Obiettivo strategico di riferimento | EVENTO FORMATIVO | Livello valutazione | STRUMENTI | INDICATORI |
| DIMO | PAF 6167 | Formazione per neo inseriti nel Polo Endoscopico GANTT 132/2023 | L4 | Programma Formativo | Tempo di inserimento del neoassunto 2024 / tempo di inserimento neoassunto anni precedenti |
| | | | L4 | N° neoassunti | N° infermieri che confermano assegnazione in UOC/totale infermieri assegnati-inseriti |
| DEA | PAF 6180 | Percorso di apprendimento ed addestramento del professionista afferente all'ambulatorio TAV GANTT 147/2023 | L3 | check list | N° impianti effettuati correttamente / n° impianti effettuati |
| | | | L3 | check list | N° impianti effettuati correttamente / n° impianti effettuati |
| | | | L3 | database | N° refertazioni compiutamente redatte / N° referti redatti |
| | | | L4 | referto d'impianto | N° impianti programmati / N° impianti effettuati |
| | | | L4 | GSA | N° consulenze in elezione erogate / n° consulenze in elezione richieste |
| DCP | PAF 6123 | Alimentazione e disfagia nell'anziano nelle strutture GANTT 228/2023 | L3 | check list | N° check list corrette / N° check list totali |
| | | | L4 | turni di lavoro | N° pasti mensili svolti senza personale formato / n° pasti mensili |
| DIT | evento N°6427 | La competenza tecnico-professionale dell'infermiere nella sostituzione del gastrotube/sonda low-profile GANTT 221/2023 | L3 | Check list | N° di affiancamenti svolti in autonomia effettuati dopo la valutazione intermedia / il n° di affiancamenti previsti dalla formazione |
| | | | L4 | Report | N° sostituzioni di gastrotube/sonda low-profile effettuate oltre i tempi previsti / n° totale sostituzioni in carico (entro una settimana dalla data di riferimento della scheda tecnica) |
| | | | L4 | Report | N° sostituzioni di gastrotube/sonda low-profile effettuate entro i tempi previsti / n° totale sostituzioni in carico |
| | | | L4 | Report | N° accessi effettuati in PS / n° pazienti in carico |